

Schaupp | Ruckenbauer | Platzer | Kröll | [Hrsg.]

Die Corona-Pandemie II

Leben lernen mit dem Virus



Nomos

Bioethik in Wissenschaft und Gesellschaft

herausgegeben von

Univ.-Prof. DDr. Walter Schaupp

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Kröll

Ass.-Prof. Dr. Hans-Walter Ruckenbauer

Band 12

Walter Schaupp | Hans-Walter Ruckenbauer
Johann Platzer | Wolfgang Kröll [Hrsg.]

Die Corona-Pandemie II

Leben lernen mit dem Virus



Nomos

Die Open-Access-Veröffentlichung der elektronischen Ausgabe dieses Werkes wurde ermöglicht mit Unterstützung durch die Karl-Franzens-Universität Graz und das Land Steiermark.

UNIVERSITÄT GRAZ
UNIVERSITY OF GRAZ



Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Auflage 2021

© Walter Schaupp | Hans-Walter Ruckebauer | Johann Platzer | Wolfgang Kröll [Hrsg.]

Publiziert von
Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Waldseestraße 3–5 | 76530 Baden-Baden
www.nomos.de

Gesamtherstellung:
Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Waldseestraße 3–5 | 76530 Baden-Baden

ISBN (Print): 978-3-8487-8605-3

ISBN (ePDF): 978-3-7489-1116-6

DOI: <https://doi.org/10.5771/9783748911166>



Onlineversion
Nomos eLibrary



Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitungen 4.0 International Lizenz.

Einleitung

Nach etwas mehr als einem Jahr, also nach relativ kurzer Zeit, in derselben Reihe einen zweiten Sammelband zur Corona-Pandemie zu veröffentlichen, bedarf wohl einer eigenen Begründung. Die Zahl der Publikationen, die sich mit der COVID-19-Pandemie beschäftigen, ist in der Zwischenzeit stark angewachsen, die Fragestellungen haben sich vervielfacht und die Diskussionen sich spezialisiert. Inwiefern liegt es also unter diesen Rahmenbedingungen im Bereich einer wissenschaftlich redlichen Option, nach so kurzer Zeit neuerlich einen substantiellen Beitrag zur Debatte um die COVID-19-Pandemie zu leisten, vor allem, wenn dieser bewusst eine große Bandbreite heterogener Fragestellungen verfolgt?

Was die Herausgeber dazu motivierte, war die Überzeugung, dass die Krise uns noch immer in einer atemberaubenden Geschwindigkeit mit neuen Herausforderungen konfrontiert, die möglichst rasch und intensiv reflektiert werden wollen. Neue Erkenntnisse müssen kritisch gesichtet, Erfahrungen artikuliert und kommuniziert sowie Lerneffekte gesichert werden. Als Konsequenz all dessen sollten wir bereit sein, unser Gesamtbild der Krise immer wieder zu überprüfen und Revisionen der Antwortstrategien vorzunehmen, wo sich dies wissenschaftsbasiert nahelegt. Dazu wollen die Autorinnen und Autoren dieses Bandes einen Beitrag leisten.

Zur Situation

Blickt man auf die aktuelle Situation, so imponiert vor allem, dass die Krise nicht so rasch vorbei gehen wird, wie viele dies erhofft hatten. Vielmehr, so scheint es, folgt eine Welle der anderen. So gilt die Herausforderung, „leben [zu] lernen mit dem Virus“, wie der Untertitel des Bandes es formuliert. Ständig tauchen neue Mutanten auf, es gibt noch immer kein wirksames Medikament gegen das Virus und die Impfungen gehen, in eigenartigem Kontrast zum Gedränge um die ersten verfügbaren Dosen, nur schleppend voran. Dafür wissen wir in der Zwischenzeit ungleich mehr über die ‚Kosten‘ der Pandemie und ihrer Bekämpfung auf der psychischen, sozialen und wirtschaftlichen Ebene, was in zahlreichen Facetten in den Beiträgen dieses Bandes sichtbar wird.

Eindrücklich und zugleich beunruhigend ist es, wie sehr die anfängliche Geschlossenheit im Gefühl der Bedrohung und ein damit verbundener Konsens über notwendige Maßnahmen sich inzwischen aufgelöst haben.

Einleitung

Zu beobachten ist ein zunehmendes Auseinanderklaffen der Meinungen, ein Auseinanderfallen von Wahrheiten, was die Intensität der Bedrohung, die notwendigen Maßnahmen und, aktuell immer stärker, die Impfungen als wichtigste Antwort auf die Pandemie angeht. In dieser Situation genügt es nicht mehr, innerhalb der verschiedenen Einzeldisziplinen ein segmentäres Wissen zu generieren. Vielmehr stellt sich die Frage, wie dieses zu einem Gesamtbild integriert und so politisch handlungsleitend werden kann.

In diesem Zusammenhang wurde und wird immer wieder eine illegitime Vorherrschaft von Zahlen und Daten kritisiert. Man warnt vor der Macht von Virokraten und Mediziner*innen, die als neue Eliten im Nimbus religiöser Verklärung der Gesellschaft ihre einseitige und verkürzte Denkklogik aufzwingen. Die zunehmende Opposition gegen Impfungen verdankt sich sicherlich nicht ausschließlich, aber doch auch wesentlich diesem Narrativ.

Wissen und Verstehen

Um diesen Vorwürfen, die in einem demokratischen Miteinander ernst genommen werden müssen, begegnen zu können, ist es hilfreich, auf das grundsätzliche Verhältnis von (Fakten-) *Wissen* und *Verstehen* zu blicken. Empirische Wissenschaften generieren primär Daten und Zahlen. Aus diesen lassen sich wohl Hypothesen als Versuche, die Wirklichkeit besser zu verstehen, generieren. Doch für sich allein können sie nie handlungsleitend werden, auch wenn dies oft im Hinblick auf Inzidenzzahlen und Auslastungsquoten der Intensivstationen, die uns Tag für Tag auf den Bildschirm geliefert wurden, der Fall zu sein schien.

Daten und Zahlen müssen zuerst interpretiert und verstanden werden, will man daraus Handlungsstrategien ableiten. Dieser Prozess des Verstehens ist komplex und er kann sehr wohl durch Einseitigkeiten in der Interpretation oder durch blinde Flecken verzerrt werden; zudem können sich Interpretationsmonopole durchsetzen. Die Frage ist daher nie, ob wir mit einem Zuviel an Daten und Zahlen konfrontiert sind, sondern nur, ob diese *vollständig* genug sind und ob wir sie *sorgfältig genug interpretiert* bzw. *verstanden* haben. An den Daten und Zahlen selbst führt kein Weg vorbei. Sie sind, gerade in einer weltanschaulich pluralen Wissensgesellschaft, der absolut notwendige Bezugspunkt für den Streit um die richtige Interpretation, um ein richtiges Verstehen.

Im Hinblick auf die COVID-19-Pandemie ist diese Arbeit des Verstehens in verschiedener Hinsicht herausfordernd und anstrengend. Zunächst müssen einzelwissenschaftliche Blickwinkel überwunden und mit-

einander integriert werden. So ist der Blick einer Virologin oder Epidemiologin auf die Pandemie ein anderer als jener eines Soziologen oder Psychologen und dieser unterscheidet sich wieder von einer religiösen Perspektive, wie sie uns in diesem Band z. B. ausführlich aus einer islamischen Sicht begegnet. Es braucht aber auch Verstehensprozesse anderer Art, nämlich jene über verschiedene gesellschaftliche Gruppierungen hinweg. Damit eine Gesellschaft handlungsfähig wird, müssen daraus *Verständigungsprozesse* erwachsen, als Frucht wechselseitigen Verstehens, die dann ein gemeinsames Reagieren auf die Krise ermöglichen und legitimieren.

Echtes Verstehen ist mehr als das bloße zur Kenntnis-Nehmen neuer Daten. In allen Verstehensprozessen kommt es zu einem Sich-Öffnen für eine neue Perspektive, die ein Verlassen des bisherigen Horizontes erfordert. In diesem Sinn ist es unserer Gesellschaft zu wünschen, dass wir im Lauf der andauernden Pandemie nicht nur neue Daten zur Kenntnis nehmen, seien sie nun virologischer, soziologischer oder verfassungsrechtlicher Natur, sondern dass wir in einem intersubjektiven Verstehen der Krise vorankommen und so bessere, nachhaltigere Antworten finden.

Darin liegen nun auch Herausforderung und Zumutung dieses Bandes, der in der Tradition der Reihe „Bioethik in Wissenschaft und Gesellschaft“ bewusst interdisziplinär angelegt ist. Gerade das Nebeneinander von u. a. philosophischen, soziologischen, psychologischen, pflegewissenschaftlichen und eben auch theologischen Beiträgen soll zu einer Perspektivenerweiterung einladen und den impliziten Verweis der disziplinären Aspekte aufeinander verdeutlichen.

Zum Band

Was die gewählte Reihenfolge der Beiträge angeht, sind am Beginn Krisendiagnosen gesammelt, die nicht gesehene Herausforderungen auf unterschiedlichen Ebenen thematisieren wollen. Im zweiten Abschnitt geht es um die Diskussion konkreter reaktiver Antworten auf die Krise, an den verschiedensten Orten und auch rechtlicher Natur. Im dritten Block versammeln sich Beiträge aus einer religiösen Perspektive, während im letzten Abschnitt eine Reihe von Interviews einen praxisnahen Einblick in die Erfahrung bestimmter, gesundheitsbezogener Berufsgruppen im Umgang mit den Herausforderungen der COVID-19-Pandemie bietet. Vor allem bezogen auf die ersten beiden Abschnitte des Bandes war die Zuordnung natürlich nicht in allen Fällen trennscharf möglich.

Die Form der Beiträge ist durchaus unterschiedlich, neben wissenschaftlichen Abhandlungen finden sich auch eher essayhafte Erfahrungsberichte und schließlich Interviews im klassischen Sinn.

In der einleitenden *Sektion I (Diagnosen einer Krise)* setzt sich REINHOLD ESTERBAUER unter dem spannungsvollen Titel *Unsicherheit und Risiko* mit einer unhintergehbaren Polarität menschlicher Lebensvollzüge im Zusammenhang mit COVID-19 auseinander. Im Ausgang von Überlegungen des christlichen Existenzphilosophen Peter Wust thematisiert der Artikel die Gefährdung menschlicher Existenz als grundlegendes anthropologisches Charakteristikum und dekliniert das Begriffsfeld der Unsicherheit in vitaler, wissenschaftlicher und religiöser Hinsicht. In jedem dieser Aspekte bleibe die Suche nach Sicherheit letztlich unabgeschlossen und könne höchstens in einem vorläufigen Sinn erfüllt werden. Mehr noch: Unsicherheit betreffe den Menschen als ganzen und nicht nur in einzelnen Dimensionen seiner Existenz. Solange er lebe, sei die Dialektik von Sicherheit und Unsicherheit aufrecht. Dieser eher negativ konnotierten Kontingenzerfahrung stellt Esterbauer die Hoffnung zur Seite, dass die Schärfung des Bewusstseins der Endlichkeit auf individueller und kollektiver Ebene Kräfte mobilisiert, die Bedingungen menschlichen Daseins zum Guten – oder vorsichtiger gesagt: zum weniger Schlechten – zu wenden.

Im Anschluss daran schärft MICHAELA PFADENHAUER in *Die Interaktions(un)ordnung in der Mit-Corona-Gesellschaft* den Blick für das gegenwärtige Sozialexperiment, das aus der Bekämpfung des Virus resultiert. Dabei handelt es sich um ein wissenschaftlich sehr ungewohntes Setting, in dem sich der Untersuchungsraum fortwährend ändert. In fortwährendem Zwang, Strategien im Umgang mit COVID-19 lokal und global zu vergleichen, hält sich eine virulente Aufmerksamkeitsökonomie beständig selbst am Leben. Im Vergleich mit früheren Pandemien analysiert Pfadenhauer, inwiefern krisenhafte Phänomene die Grammatik sozialer Prozesse dauerhaft verletzen. Als nachhaltig dürfte sich hier die Erschütterung von uns „individualisierten Akteur*innen“ erweisen, dass entscheidende Weichenstellungen unsers Lebens nicht länger als eigenmächtige und persönliche Entscheidungen vorgestellt werden können.

ANNA KAINRADL und ULLA KRIEBERNEGG richten den Fokus ihrer kulturwissenschaftlichen Untersuchung auf *Repräsentationen des Alter(n)s in der Coronakrise* und wählen dazu das Motto einer Informationskampagne im österreichischen Fernsehen aus dem Jahr 2020 als Haupttitel: „*Schau auf dich, schau auf mich*“. Aus der Sicht kritischer Alterswissenschaft lassen sich gerade auch daran stereotype Inszenierungen und implizite Wertungen festmachen. Alter(n)sbilder vor der Corona-Pandemie hatten sich stark an der Überwindung eines defizitären Verständnisses des Alterns orientiert und versucht, die Leitkultur des *Successful* oder *Active Ageing* zu proklamieren. Im Laufe der krisenhaften Ereignisse im Frühjahr 2020 wurde rasch das Narrativ der Vulnerabilität wiederentdeckt. Zwei Merkmale

charakterisieren zudem die Perspektive, in der die älteren Generationen im öffentlichen Corona-Bewusstsein aufscheinen: nämlich als relativ homogene Gruppe von besonders schutzbedürftigen Menschen über 65 Jahren und als Repräsentanten eines (neuen) Generationenkonflikts. Dafür legen die zahlreichen Wir-Sie-Dichotomien in unterschiedlichen medialen Kontexten berechtigt Zeugnis ab. In der Phase der Überwindung der Corona-Pandemie durch forcierte Impfkampagnen kommen allerdings, so Kainradl und Kribernegg, in der Inszenierung einschlägiger Spots auch heterogene Lebensmodelle im Alter zu Wort und Bild. Die Auflösung eindeutiger Kategorisierungen in Junge und Alte sei eine wichtige Ressource zur Vermeidung potenzieller Generationenkonflikte in anderen Problemstellungen (z. B. Klimawandel).

In ihrem Beitrag *Die Pandemie trifft alle, aber nicht alle gleich* nähern sich KATHARINA HEIMERL, ELISABETH REITINGER und BARBARA PICHLER der Frage an, inwiefern durch die Pandemie in Bezug auf Gesundheit und Care Ungleichheiten erzeugt, tradiert oder zugespitzt werden. In diesem Kontext stellen sie zunächst fest, dass Gesundheit und Care-Arbeit auch schon vor der Corona-Pandemie ungleich verteilt waren, um in weiterer Folge „pandemische Ungleichheiten“ in den unterschiedlichsten Bereichen in den Blick zu nehmen. Dabei wird deutlich, dass durch die Corona-Krise Frauen in doppelter Hinsicht einer Mehrbelastung ausgesetzt sind, und zwar durch weniger Erwerbseinkommen und mehr Sorgearbeit („Gender Care Gap“). Deshalb plädieren die Autorinnen nicht nur für ein „feministisches Krisenmanagement“, das verstärkt die relationale Logik des Zusammenlebens in den Blick nimmt, sondern vor allem für eine Ethik, die von „Care“, verstanden als „Ein-sich-um-andere-Kümmern, sowohl privat als auch beruflich“, ausgeht.

COVID-19 hat unseren Alltag nachhaltig verändert, die Pandemie übersteigt in ihrem beständigen Andauern das Maß einer kurzfristigen und damit gut von uns bewältigbaren Gefahrensituation – die Folge dessen ist Dauerstress, der die Entstehung einer Vielzahl psychischer und körperlicher Erkrankungen begünstigt. Besonders betroffen davon sind junge Menschen, wie MARIE-CHRISTIN HINTEREGGER in ihrem Artikel aufzeigt. Das lange Jahr der Pandemie brachte eine deutliche Verschlechterung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – und damit auch der Lebensqualität ganzer Familiensysteme –, die sowohl in der aktuellen Forschung als auch in freier Praxis ersichtlich ist. An dieser Stelle rückt die Wichtigkeit der Frage nach Resilienz und gesunden Bewältigungsstrategien im Umgang mit Krisen und Dauerstresszuständen in den Fokus: So können ein sensibler Umgang mit den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen, ein offenes Thematisieren ihrer Ängste und Sorgen, ein acht-

sames Miteinander sowie die Inanspruchnahme familientherapeutischer Angebote ganz wesentlich zur Verbesserung der psychischen Gesundheit in Zeiten der COVID-19-Pandemie beitragen.

In Zeiten der Pandemie ist der Tod allgegenwärtig und zugleich doch an den Rand der bewussten Aufmerksamkeit gedrängt. Diesen Kontext greift ANDREAS HELLER in seinen Ausführungen zu *Care und die Corona-Pandemie. Herkünfte und Zukünfte der Sorge in einer konvivialen Gesellschaft* auf. Mehr denn je scheinen wir den Tod mit einem Feind gleichzusetzen, demgegenüber wir uns durch gezielte Nicht-Beachtung meinen zur Wehr setzen zu können. Die Folgen sind in steigender Angst, Entsolidarisierung und zunehmender Individualisierung erkennbar. Dem gegenüber steht der Entwurf einer „sorgenden Gesellschaft“, einer Gesellschaft der Konvivialität, getragen durch die offene Haltung des Zuhörens und die bedingungslose Anerkennung, dass wir alle miteinander verbunden und aufeinander angewiesen sind. Denn die allgegenwärtige Angst vor dem Tod erfordert eine neue Sozialität, eine Abwendung von verschärfter Individualisierung und eine Bewegung hin zu einer legitimen Individuation im Sinn des zweiten convivialistischen Manifests aus dem Jahr 2020. Heller streicht heraus, dass um eine lebensförderliche Logik und Praxis der Sorge gerungen werden muss, die nicht zerstörerisch ist, die der Individuation in sozialer Verbundenheit dient und damit ein Umdenken in Bezug auf das sorgende Miteinander auslöst.

Die ethische Politikberatung, dargestellt an der Frage des Impfens gegen COVID-19, steht im Mittelpunkt des Artikels von JÜRGEN WALLNER am Beginn der *Sektion II (Diskussionen reaktiver Strategien)*. Anhand der von der Bioethikkommission veröffentlichten Stellungnahmen zu Impfungen im Allgemeinen und zum Thema Impfen im Zusammenhang mit COVID-19 im Besonderen werden die individual- und sozialetischen Aspekte einer möglichen Verpflichtung zur Impfung diskutiert. Ausdrücklich wird auch dargelegt, dass es, entgegen zahlreichen Meinungen, keiner zusätzlichen Empfehlung durch irgendwelche Gremien bedarf, um bei entsprechender begründeter Verhältnismäßigkeit, Impfungen anzuordnen. Die Normen des Epidemiegesetzes reichen dazu vollkommen aus. Und dies insbesondere dann, wenn es gilt, die Impfung als Berufserfordernis einzusetzen.

MARTIN M. LINTNER beschäftigt sich mit dem Thema Impfen bzw. Impfpflicht in Italien aus ethischer und rechtlicher Perspektive. Ausgehend von gesetzlichen Vorgaben, insbesondere der Impfstrategie Italiens, stellt er die Positionen des katholischen Lehramtes gleichsam in den Mittelpunkt seiner Ausführungen und betont, dass trotz der pharmazeutischen Forschung und Herstellung der unterschiedlichen Impfstoffe auf der Basis von gezüchteten Zelllinien abgetriebener Embryonen der Vatikan die Impfung

dennoch empfiehlt und gutheißt. Und er thematisiert des Weiteren die italienische Gesetzeslage, nach der bestimmte Berufsgruppen, insbesondere die ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe nicht nur angehalten sind, sich gegen SARS-CoV-2 impfen zu lassen, sondern dass es für diese Berufsgruppe gleichsam ein Erfordernis ist geimpft zu sein, um ihre Tätigkeit nicht nur an COVID-19 Erkrankten, sondern vielmehr an allen ihnen anvertrauten Patienten durchführen zu können. Italien ist zumindest derzeit noch immer der einzige Staat, der ein solches Vorgehen von dieser Berufsgruppe einfordert und auch Entlassungen aus dem Dienstverhältnis ausspricht, falls diesem Erfordernis nicht nachgekommen wird.

FRANZISKA GROSSCHÄDL und CHRISTA LOHRMANN beleuchten daraufhin Herausforderungen und Chancen für die Pflege und Pflegewissenschaft. Die Corona-Pandemie hätte dazu beigetragen, eine Reihe von Desideraten im Pflegeberuf sichtbar zu machen. Denn obwohl Pflegende unter den Gesundheitsprofessionen im Kampf gegen COVID-19 eine zentrale Rolle spielten, seien sie in Diskussionen und Entscheidungen nur wenig eingebunden worden, so die Autorinnen. Deshalb müssten die Pflegewissenschaften in Zukunft vermehrt in Fragen zu Gesundheitsangelegenheiten und sozialer Gerechtigkeit integriert werden. Darüber hinaus sei nicht nur eine Verbesserung und teilweise Erneuerung der Pflegeausbildung notwendig, sondern es müssten auch finanzielle Anreize und Ressourcen geschaffen werden, um sowohl die gesellschaftliche Anerkennung für den komplexen und anspruchsvollen Pflegeberuf als auch dessen Attraktivität zu steigern.

Die Herausforderungen, die die Corona-Pandemie für eine Spezialrichtung, die sich mit der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Demenz, von geriatrischen Erkrankten und von Menschen im Wachkoma beschäftigt, beschreiben daraufhin HARTMANN JÖRG HOHENSINNER und CHRISTINA EVA PEYKER. Dabei zeigen sie zum einen jene Maßnahmen auf, die in einer derartigen Spezialeinrichtung getroffen worden sind, um einerseits die anvertrauten Menschen trotz Einschränkungen der Besuchsmöglichkeiten so optimal als möglich durch die Krise zu bringen. Andererseits werden jene Strategien geschildert, die erforderlich waren, um auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch diese Pandemie zu führen. Wie es gelungen ist, diese ausreichend und laufend über neue Bedingungen zu informieren, und wie es möglich war, Infektionen sowohl bei den betreuten Patientinnen und Patienten als auch bei den Mitarbeitenden weitgehend zu verhindern, liefert ein anschauliches Bild alltags-tauglicher Praxis.

Der anschließende Beitrag von GEORG TAFNER mit dem Titel *Das Virus und die Schulden* widmet sich einem makroökonomischen bzw. wirt-

schaftspolitischen Thema. Der Autor beschäftigt sich darin mit der wirtschaftlichen Verantwortung des Staates in Zeiten einer Pandemie und darüber hinaus. Dabei hinterfragt er das vom Prinzip der Eigennutzenmaximierung und Schuldenminimierung geprägte neoklassische Denken der Mainstream-Ökonomik und stellt diesem eine sozioökonomische Sichtweise in Form der derzeit kontrovers diskutierten „Modern Monetary Theory“ (MMT) gegenüber. Ihr zufolge würde die Frage, wer die COVID-Maßnahmen finanzieren solle, keinen Sinn ergeben, weil der Staat die Ausgaben bereits getätigt hat. Gleichzeitig seien diese Ausgaben immer die Voraussetzung dafür, dass Steuern bezahlt werden und nicht umgekehrt. Staatsausgaben führten somit zu höherem Wirtschaftswachstum und diese zu mehr Einnahmen und weniger Schulden, so die Kernaussage dieser Theorie. Deshalb solle auch die Rolle des Staates weiter gestärkt werden. Er sollte dort eingreifen, wo Private es nicht tun können. Dies sei, so Tafner, vor allem auch im Hinblick auf die noch zu bewältigende Klima-Krise bedenkenswert.

In den beiden folgenden Beiträgen geht es um rechtliche Erwägungen. Zunächst geht ALOIS BIRKLBAUER auf ausgewählte Themen des Strafrechts im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie ein. So hält er fest, dass unter anderem das Vordrängen bei Impfungen, wie dies zu Beginn der Impfkampagne gelegentlich hörbar war, unter bestimmten Umständen ohne strafrechtliche Relevanz sei. Hingegen könnten Fälschungen von Testergebnissen oder Impfberechtigungen strafrechtliche Delikte, wie Urkunden- oder Datenfälschung, begründen. Der Einsatz digitaler Medien, insbesondere in der Vernehmung von Beschuldigten in strafrechtlichen Verfahren, habe sich wiederum in vielen Fällen nicht als geeigneter Ersatz einer persönlichen Befragung durch die Strafbehörden erwiesen. Zusammenfassend hätte sich herausgestellt, dass das Strafrecht an sich kein taugliches Mittel zum Krisenmanagement darstelle und dass daher, der Intention des Gesetzgebers folgend, dieses lediglich als Ultima-Ratio-Methode eingesetzt werden sollte.

In seinem Aufsatz *Rechtliche Erwägungen zur Flexibilisierung der Fernlehre* betont MANFRED NOVAK eine Ausgewogenheit der universitären Lehre zwischen Präsenz- und Fernstudium. Obwohl durch aktuelle Änderungen des Universitätsgesetzes der Spielraum für die Universitäten diesbezüglich größer geworden ist, unterliege die Abwägung der Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes elektronischer Lehrmöglichkeiten immer dem Ziel, Bildung durch Wissenschaft zu gewährleisten. Der Autor begründet dies vor allem damit, dass der Bildung eine maßgebliche gesellschaftspolitische Relevanz und eine Tragwerksfunktion für die tradierte europäische Universität zukommt. Dies erfordere auch, dass der persönliche Kontakt zwi-

schen Lehrenden und Studierenden nicht verloren gehen darf; mit anderen Worten: eine universitäre Lehre ohne Präsenzphasen ist nicht möglich und lässt sich auch trotz weitgehender Autonomie der Universitäten nicht rechtfertigen.

Sektion III (Religiöse Kontexte und Praxisfelder) wird mit dem Beitrag *Kontinuität der Nächstenliebe* von ISABELLE JONVEAUX und HERBERT BEIGLBÖCK eingeleitet. Die Autorin und der Autor analysieren darin die Erfahrungsberichte von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Caritas Steiermark während der Pandemie. Dabei geht es vor allem um die Frage, wie die Caritas „die Kontinuität ihres Dienstes der Nächstenliebe“ in Zeiten der Krise möglichst sicherstellen konnte. Aus den von ihnen geführten Interviews geht hervor, dass für ein gelingendes Krisenmanagement vor allem die Aufrechterhaltung einer gewissen Normalität sowie die Fähigkeit, sich rasch an unvorhergesehene Situationen anzupassen, von grundlegender Bedeutung sind. Es hat sich gezeigt, dass die Krise nicht nur „neue Nöte“ zu Tage gebracht hat, sondern auch neue Formen von Solidarität. Dies gäbe Anlass zur Hoffnung, dass der durch die Corona-Krise verstärkt wahrnehmbare „Pandemie Gap“ zwischen den sozialen Schichten auch zu mehr Solidarität in der Gesellschaft führen könnte.

Vom Livestream bis zur Gassenfeier betitelt SASKIA LÖSER ihre Überlegungen zu *Vielfältige[n] Bilder[n] gottesdienstlicher Feiern der ersten 18 Monate der Pandemie*. Anhand von sieben kurzen Vignetten reflektiert sie darin eigene Erfahrungen mit liturgischen ‚Experimenten‘ quer durchs Kirchenjahr unter Corona-Bedingungen, teils primär als Teilnehmerin, teils in Leitungs- bzw. Gestaltungsverantwortung. Gleichmaßen zeigen sich Chancen von und bislang unentdeckte Potenziale der Beteiligung an gottesdienstlichen Feiern im virtuellen Raum sowie auch deren Limitationen. Zugleich bindet Löser damit einen bunten Strauß an kritisch kommentierten Anregungen zu Gestaltung des kirchlich-öffentlichen und privaten Glaubenslebens in künftigen Kontexten.

Im Anschluss daran beschäftigt sich SABINE PETRITSCH mit realen pandemiebedingten Veränderungen im Bereich der Krankenhauseelsorge. Dafür befragte die Autorin elf Krankenhauseelsorger*innen bzw. Priester zu deren Erfahrungen während der Corona-Pandemie in verschiedenen Krankenhäusern. „Die zur Verfügung gestellten Wahrnehmungen geben ein buntes, uneindeutiges, vielleicht sogar ambivalentes Bild von Krankenhauseelsorge der steirischen Kirche wieder“, so Petritsch resümierend. Zum einen hätte sich gezeigt, dass Krankenhauseelsorge sowohl von den Patientinnen und Patienten als auch von den Mitarbeitenden als ein wichtiger und verlässlicher Partner im Gesundheitswesen wahrgenommen wird. Zum anderen wird die Vermutung geäußert, dass sich die Stellung

der Seelsorge in Zukunft in unterschiedlichen Bereichen verändern dürfte, vor allem im Bereich der liturgischen Feiern, die zukünftig vermehrt auch von nicht priesterlichen Seelsorgenden durchgeführt werden könnten.

Auch aus Sicht des Islam stellt der Umgang mit der Corona-Pandemie eine gewaltige Herausforderung für die Gesellschaft, die Glaubensgemeinschaften und die Theologie im Allgemeinen dar. MAHMOUD ABDALLAH zeigt in seinem Beitrag auf, wie das Corona-Virus den Menschen ihre Verletzlichkeit, Endlichkeit und Schwäche vor Augen geführt hat. Und daraus gälte es auch für den Islam zu lernen: Er plädiert dafür, die Rolle und Aufgaben sowie die Verantwortung der Gemeinden neu zu überdenken und ihre Bedeutung, Sorge für die Mitglieder zu tragen, neu aufzuzeigen. So müsse auch der Islam neue Wege finden, um jene Menschen, die in solchen Krisensituationen begleitet werden möchten, auch zu erreichen. Dabei sollte auch der Umgang mit diversen digitalen Medien erlernt und in die Seelsorge integriert werden, um damit eine Lebendigkeit in der Verkündigung zu erreichen, die als positives Zeichen in einer schwierigen Zeit gesehen werden kann.

Aufbauend auf die Interviewserie des ersten Bandes *Die Corona-Pandemie. Ethische, gesellschaftliche und theologische Reflexionen einer Krise* wird auch der aktuelle Band in der abschließenden *Sektion IV (Erfahrungen im Gespräch)* von Erfahrungsberichten und Interviews mit Verantwortungsträger*innen des Krankenhaus- und Gesundheitswesens abgeschlossen. Dabei wurde das Ziel verfolgt, sowohl Einblicke in die Leitungsverantwortung einer Medizinischen Universität oder in den laufenden Betrieb einer der größten Universitätskliniken für Anästhesiologie und Intensivmedizin zu vermitteln, als auch den professionellen Alltag in diversen Gesundheitseinrichtungen unter Corona-Management zu verdeutlichen. In der multiprofessionellen Anlage der Interviews, den unterschiedlichen Handlungsfeldern von Intensivmedizin bis Palliative Care sowie der Spannweite beruflicher Verantwortung von der pflegerischen Leitung von Abteilungen bis hin zur unmittelbaren Betroffenheit durch eine Erkrankung an COVID-19 spiegeln sich viele Facetten der Manifestation pandemischer Umstände im Gesundheitswesen. Aus allen Berichten lässt sich die sachliche Zustimmung zu den von der Bundesregierung angeordneten protektiven Maßnahmen erkennen. Ihre epidemiologische Sinnhaftigkeit steht sowohl bei den befragten Ärztinnen und Ärzten als auch den Pflegefachkräften außer Zweifel. Unterschiedlich hingegen sind ihre Einstellungen zur Impfung gegen SARS-CoV-2 im Allgemeinen und hinsichtlich eines Impfwanges im Besonderen. Insgesamt geben die *Erfahrungen im Gespräch* nicht nur einen Einblick in die professionelle Praxis im Umgang mit der Pandemie, sondern verweisen auch auf eine Reihe von Desideraten und Reformbedar-

fen in den betroffenen Berufsfeldern. Hier angemessen zu reagieren, wäre dringliche Aufgabe der Gesundheitspolitik, nicht zuletzt um der Einsicht „Nach der Welle ist vor der Welle“ die bedrohliche Schärfe zu nehmen.

Der Dank der Herausgeber gilt abschließend vor allem allen Autorinnen und Autoren, ohne deren Engagement die Realisierung eines Folgebandes zur Corona-Pandemie nicht möglich gewesen wäre. Wir möchten uns aber auch bei jenen bedanken, die zur Fertigstellung dieses Buches beigetragen haben: Marie-Christin Hinteregger, Agnes Strauss und Patrick Marko für die unterstützenden Korrektur- und Formatierungsarbeiten sowie Beate Bernstein vom Nomos-Verlag für die reibungslose Abwicklung der Drucklegung und des Vertriebs. Nicht zuletzt sind wir der Karl-Franzens-Universität Graz und dem Land Steiermark, Abteilung Wissenschaft und Forschung, für die großzügige Unterstützung der Veröffentlichung sowohl als Open-Access-Version als auch als Druckausgabe zu Dank verpflichtet.

Widmen möchten wir diesen Band wiederum allen Helferinnen und Helfern in der Krise, insbesondere den Ärztinnen und Ärzten sowie den Pflegenden. Denken möchten wir aber auch an jene Menschen, die an und mit COVID-19 verstorben sind.

Die Herausgeber

Inhalt

I. Diagnosen einer Krise

Unsicherheit und Risiko. Überlegungen zu einer unhintergehbaren anthropologischen Polarität im Zusammenhang mit COVID-19 23
Reinhold Esterbauer

Die Interaktions(un)ordnung in der Mit-Corona-Gesellschaft 47
Michaela Pfadenbauer

„Schau auf dich, schau auf mich“: Repräsentationen des Alter(n)s in der Coronakrise 61
Anna-Christina Kainradl und Ulla Kriiebernegg

Die Pandemie trifft alle, aber nicht alle gleich. Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheit und Care 81
Katharina Heimerl, Elisabeth Reitingner, Barbara Pichler

Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen, Familien und Paaren 101
Marie-Christin Hinteregger

Care und die Corona-Pandemie. Herkünfte und Zukünfte der Sorge in einer konvivialen Gesellschaft 115
Andreas Heller

II. Diskussion reaktiver Strategien

Impfen gegen COVID-19. Die Stellungnahmen der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt als Beispiel für ethische Politikberatung 133
Jürgen Wallner

Inhalt

Die Impfung gegen COVID-19 in Italien. Ethische und rechtliche Aspekte	155
<i>Martin M. Lintner</i>	
Der Ausbruch der COVID-19 Pandemie im Jahr der Pflegenden. Herausforderungen und Chancen für die Pflege	175
<i>Franziska Großschädl und Christa Lohrmann</i>	
Ein Jahr COVID-19-Pandemie in den Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz. Herausforderungen und Chancen	191
<i>Hartmann Jörg Hohensinner und Christina Eva Peyker</i>	
Das Virus und die Schulden. Die wirtschaftliche Verantwortung des Staates in seltsamen Zeiten und darüber hinaus	205
<i>Georg Tafner</i>	
Covid-19-Maßnahmen im Strafrecht – Ein Rückblick nach eineinhalb Jahren Pandemie	227
<i>Alois Birklbauer</i>	
Rechtliche Erwägungen zur Flexibilisierung der Fernlehre	251
<i>Manfred Novak</i>	

III. Religiöse Kontexte und Praxisfelder

Kontinuität der Nächstenliebe. Die Caritas Steiermark in Zeiten der Pandemie	277
<i>Isabelle Jonveaux und Herbert Beiglböck</i>	
Vom Livestream bis zur Gassenfeier. Vielfältige Bilder gottesdienstlicher Feiern der ersten 18 Monate der Pandemie	297
<i>Saskia Löser</i>	

Zur Frage nach Veränderung: Erfahrungsblitzlichter steirischer Krankenhauseelsorger*innen <i>Sabine Petritsch</i>	315
Die COVID-19-Pandemie als Herausforderung und Spiegel des Glaubens. Deutungsmuster, Handlungsstrategien und Lehren für den Wandel im Islam <i>Mahmoud Abdallah</i>	327
 IV. Erfahrungen im Gespräch	
Herausforderungen an eine Universität <i>Hellmut Samonigg</i> , befragt von <i>Wolfgang Kröll</i>	349
Zur aktuellen Situation im Umgang mit der Corona-Pandemie in einer Universitätsklinik <i>Wolfgang Toller</i> , befragt von <i>Wolfgang Kröll</i>	355
COVID-19 aus der Perspektive der Palliativmedizin und Hospizbetreuung <i>Gerold Muhri</i> und <i>Désirée Amschl-Strablegg</i> , befragt von <i>Johann Platzer</i>	369
Der klinische Alltag in einer COVID-19-Intensivstation <i>Lisa Pongratz</i> , befragt von <i>Wolfgang Kröll</i>	387
„Auch ich litt an COVID-19“ <i>Maria Puntigam</i> , befragt von <i>Wolfgang Kröll</i>	395
Nach der Welle ist vor der Welle. Erfahrungsberichte von Pflege- und Stationsleitungen <i>C. Tax</i> , <i>U. Berdnik</i> , <i>A. Derkits</i> , <i>U. Kylianek</i> , <i>C. Baptist-Kröpfl</i> , <i>E. Horvath</i> , <i>S. Müller</i>	401
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	413

I. Diagnosen einer Krise

Unsicherheit und Risiko.

Überlegungen zu einer unhintergehbaren anthropologischen Polarität im Zusammenhang mit COVID-19

Reinhold Esterbauer

Immer wieder wird betont, dass Krisen Strukturen freilegen, die unter normalen Umständen eher im Hintergrund bleiben oder zur wenig beachteten Gewohnheit geworden sind, in Ausnahmesituationen aber umso stärker hervortreten und plötzlich eine Bedeutung erlangen, die man ihnen kaum zutraute.¹ Ein solches Moment, das in der COVID-19-Pandemie besonders virulent geworden ist, besteht in der Notwendigkeit, permanent Entscheidungen zu treffen. Man ist einem Handlungsdruck ausgesetzt, den man in solcher Intensität vorher kaum kannte. Es ist mittlerweile immer neu zu fragen: Welche Nähe suche ich, und welche Ferne ist anzuraten? Lasse ich Berührung zu oder nicht? Hintergehe ich Vorgaben, oder halte ich mich an die allgemeinen Regeln? Erscheint eine Impfung als sinnvoll, oder ist weiteres Zuwarten anzuraten? Welcher Impfstoff ist zu empfehlen? Welches gesundheitliche Risiko gehe ich ein, wenn ich mich für ein bestimmtes Verhalten entscheide?

Wie in herkömmlichen, aber nunmehr verstärkt und mit höherer Frequenz auftretenden und von COVID-19 mitbedingten Entscheidungssituationen stehen sich Unsicherheit und Risiko gegenüber. Die Spannung, die dabei zutage tritt, ist offensichtlich ein Widerstreit, in dem Menschen leben müssen, wenn auch je nach Situation mit unterschiedlicher Intensität und seit dem Frühjahr 2020 verstärkt.² Der christliche Existenzphilosoph Peter Wust ist diesem Gegenüber in seinem Buch „Ungewißheit und Wagnis“, das in erster Auflage am Vorabend des Zweiten Weltkriegs,

1 Vgl. z. B. UN Women Deutschland, Warum trifft die Corona-Krise: „Krisen verstärken alle existierenden Ungleichheiten. Dies trifft auch auf die durch COVID-19 ausgelöste Krise zu.“

2 Was den Umgang mit diesem Widerstreit betrifft, spricht Rainer Marten von „der den Menschen auszeichnenden menschlichen Hybridität von Aufklärung und Verklärung“, durch die einerseits die Aufgeklärten um die „Realität letzter Sinnlosigkeit“ wüssten, andererseits die Verklärenden „an der Poesie letzter Sinnhaftigkeit mitwirk[en]“. (Marten, Pandemie, 93f.)

nämlich 1937, erschienen ist, nachgegangen. Es wurde – neben späteren Auflagen – 1940 und 1946 nachgedruckt, also zu Zeiten, in denen die Lage alles andere als einfach war.³ Im Folgenden möchte ich anthropologische Einsichten Wusts mit Erfahrungen in der COVID-19-Pandemie konfrontieren und überprüfen, ob seine Gedanken heuristischen Wert dafür haben, wie Menschen sich heute selbst verstehen. Dabei beziehe ich mich nur insoweit auf den Münsteraner Denker, als er philosophisch argumentiert, aber nicht, insofern er gnadentheologische Schlüsse zieht, die aus heutiger Sicht teilweise nur mehr schwer verständlich sind. Nichtsdestoweniger scheint es mir möglich zu sein, Versuche, unsicheren Situationen zu entkommen, mit Erklärungsmustern anderer Art in Bezug zu setzen, die auch in politischen Parolen zu erkennen sind und die sich teilweise bekannter Theologumena bedienen. Die These wird sein, dass auf der Suche nach Lösungsstrategien in der COVID-19-Pandemie auf anthropologische und kryptotheologische Vorstellungen zurückgegriffen wird, die innerhalb dieser Dialektik stehen, und dass sich darin die Aporie menschlichen Lebens von Neuem, zwar abgewandelt, aber intensiviert zeigt. Weil die COVID-19-Krise in besonderer Weise bestätigt, dass das Leben zwar „rückwärts verstanden“, aber „vorwärts gelebt“ werden muss,⁴ tritt menschliche Kontingenz in besonderen Ausprägungen ins Bewusstsein, die es abschließend zu reflektieren gilt.

1. Gefährdung menschlicher Existenz

Die Tatsache, dass der Schutz vor SARS-CoV-2 ausführliche Tests notwendig machte bzw. dass man im Testen eine wirksame Maßnahme zur Eindämmung der Ausbreitung des Virus gesehen hat und sieht, hat vielen vor Augen geführt, dass COVID-19 auch insofern eine heimtückische Krankheit ist, als Diagnose und subjektives Empfinden meist auseinanderfallen. Man fühlt sich gesund, ist aber bereits angesteckt und kann die Krankheit übertragen.⁵ Das gilt zwar für viele Infektionskrankheiten, wurde aber von den Massentests besonders verdeutlicht. Durch die breit propagierten

3 Für den Hinweis auf Peter Wusts Hauptwerk in Bezug auf die Corona-Pandemie danke ich Kurt Wimmer.

4 Kierkegaard, Tagebücher, 203: „Es ist ganz wahr, was die Philosophie sagt, daß das Leben rückwärts verstanden werden muß. Aber darüber vergißt man den andern Satz, daß vorwärts gelebt werden muß.“ Den Hinweis auf dieses Zitat verdanke ich Mario Schönhart.

5 Vgl. Mitscherlich-Schönherr in: Was macht die Corona-Krise, 27.

und teilweise verpflichtend eingeführten Überprüfungen stieg die allgemeine Unsicherheit, die zwischenmenschliche Begegnungen veränderte, Berührungen auf das Mindestmaß reduzierte und bei persönlichen Treffen Vorsicht vor Vertrauen stellte.

Solche Erfahrungen haben dazu geführt, dass die Frage nach der Gesicherheit menschlicher Existenz mehr Bedeutung bekommen hat, als dies unter normalen Umständen der Fall ist. Gewöhnlich fühlt man sich im Großen und Ganzen sicher und hofft, dass es bei auftretenden Krisen probate Mittel gibt, um wieder Sicherheit zu erlangen oder Gefährdungen zu minimieren. Dass der Mensch prinzipiell Gefahren ausgesetzt ist, auch wenn Versicherungssysteme, medizinische Erkenntnisse oder technischer Fortschritt Grenzsituationen eindämmen können, ist gerade im Zusammenhang mit der Krankheit COVID-19 neuerlich bewusst geworden, sodass die Gefährdung menschlicher Existenz verstärkte Aufmerksamkeit erlangte.

Peter Wust hat in seiner Bestimmung des Menschen – ebenfalls in unsicherer, wenn auch von anderen Gefahren bedrohter Zeit – die Dialektik von Geborgenheit und Gefährdung ins Zentrum seiner Reflexionen gestellt. Auf der einen Seite träumen seiner Auffassung nach viele einen „Sicherheitstraum“⁶, der oft selbst dort noch nicht zu Ende geträumt ist, wo sich eine ruhige Situation ändert und Sicherheit verloren zu gehen droht. Das Festhalten an diesem Traum erscheint dann als Trotz gegen die Unsicherheit. Auf der anderen Seite spricht Wust vom Menschen als von einem „animal insecurem“⁷, also einem ungesicherten Wesen – eine Charakteristik, die er der von Aristoteles stammenden Definition des Menschen als eines „ζῷον λόγον ἔχον“ bzw. „animal rationale“, also eines vernunftbegabten Wesens, an die Seite stellt.⁸ Die Unsicherheit betrifft nach Wust nicht nur einzelne Bereiche oder Dimensionen der menschlichen Existenz, sondern den Menschen als ganzen. Dennoch lassen sich – so der Münsteraner Philosoph – im Allgemeinen drei Ebenen dieser den Menschen bestimmenden Unsicherheit unterscheiden.⁹

Zum Ersten probiere der Mensch, Unsicherheit aus seiner „vitale[n] Existenz“¹⁰ zu verbannen. Das bedeutet, dass er sich gegen Schicksalsschläge zu schützen sucht, die trotz aller Vorsicht über ihn hereinbrechen

6 Wust, Ungewißheit, 63.

7 Wust, Ungewißheit, 40.

8 Vgl. Aristoteles, Nikomachische Ethik, I, 6, 1098 a 3: „λείπεται δὴ πρακτικὴ τις [sc. ζῶν] τοῦ λόγον ἔχοντος“.

9 Siehe zum Folgenden: Wust, Ungewißheit, 68–72.

10 Wust, Ungewißheit, 68.

können, ohne dass er sie aufhalten kann. Gemeint sind Dinge des alltäglichen Auskommens, Eigentum und Macht, die ein gesichertes Leben versprechen, aber auch Gesundheit und Wohlbefinden. Wird der mehr oder weniger sichere alltägliche Lebenslauf gestört, so bleibt den Betroffenen eine doppelte Option, wie sie auf den Sicherheitsverlust reagieren können, nämlich entweder die Hinnahme des anscheinend Unabwendbaren oder aber die Auflehnung gegen das Störende. Weder die eine noch die andere Reaktion sind vorgegeben oder liegen unmittelbar auf der Hand. Es gilt, eine Option zu treffen und dabei ein Risiko einzugehen. Denn es ist weder offensichtlich, dass schon alles getan ist, was das Unheil noch abwenden könnte, wenn man sich nun in das Schicksal fügt, noch muss die Auflehnung gegen Verfügtes notwendig zum Erfolg führen. Ungewisse Situationen im Sinne von Wust zwingen einen dazu, Entscheidungen zu fällen, ohne dass im Vorhinein sicher abgeschätzt werden könnte, welche Alternative die bessere ist.

Analog zum bürgerlichen Sicherheitsstreben hat die Existenz, so Wust, eine weitere Seite der Unsicherheit, die sich in der Wahrheitssuche zeigt. Grundsätzlich unterstellen seiner Meinung nach Menschen der Wirklichkeit eine rationale Struktur und rechnen nicht mit grundsätzlichen Lücken in dieser Vernunftordnung, sondern vertrauen darauf, dass mit der Rationalitätsstruktur der Welt auch ein universaler Sinn verbunden ist. Dieser könne prinzipiell gefunden werden, obwohl Kontingenz und Endlichkeit den Menschen daran hinderten, weitgehende Klarheit über die logisch und kausal aufgebaute Wirklichkeit zu gewinnen. Vielmehr komme ihr Forschung bloß asymptotisch, aber doch immer näher.

Was diese „geistige Existenz“¹¹ betrifft, so ist diese für Wust nicht auf das Denken beschränkt, sondern bildet eine Verbindung zur Fähigkeit des Menschen, sich selbst in Freiheit zu entscheiden. Die Offenheit des Entscheidungsraums korrespondiert mit der Annahme, dass das Richtige, das zu tun ist, in der Rationalität der Wirklichkeit zu finden ist. Das ethisch Gebotene sei das Vernünftige, das es zunächst zu erkennen gilt, sodass man ihm im Anschluss daran folgen kann. Das oberste Ziel bestehe darin, die Naturkausalität zu durchdringen und zu beherrschen, um die Welt in den Griff zu bekommen und prognostisch Gefahren ausschalten oder zumindest abschwächen zu können.¹² Auch geht es darum, Ziele und Zwecke in der Natur zu erfassen, um zukünftigen Entwicklungen die gewünschte Richtung zu geben, sollte dies notwendig sein. Die Vor-

11 Wust, Ungewißheit, 68.

12 Vgl. Wust, Ungewißheit, 80.

stellung, die Wirklichkeit im Sinne von René Descartes' „mathesis universalis“ völlig luzide machen zu können,¹³ kann nach Wust jedoch nicht mehr als ein Wunschtraum sein. Die Sicherheit, die eine mathematisch erfassbare Welt verspricht, lässt sich seiner Ansicht nach nämlich deshalb nicht realisieren, weil Klarheit und Evidenz trotz aller Bemühungen nicht durchgängig erreichbar sind. Die Welt habe irrationale Seiten, die sich nicht als bloß noch nicht durchschaute rationale Bereiche erwiesen, sondern durchgehender Vernünftigkeit zuwiderliefen. Dies ist für ihn letztlich auch der Grund, warum fachwissenschaftliche und philosophische oder metaphysische Erkenntnis weder letzte Erklärung noch unhinterfragbare Orientierung bieten können. Erkenntnis bleibt für Wust prinzipiell unsicher,¹⁴ trotz aller Fortschritte in der Forschung und trotz des Bestrebens, mit Hilfe wissenschaftlicher Erkenntnisse sichere Entscheidungsgrundlagen zu schaffen.

Das bedeutet, dass auch auf dieser Ebene in der Dialektik von Sicherheit und Unsicherheit Letztere nicht eliminiert werden kann. In einer Wissensgesellschaft, die sich an den Naturwissenschaften ausrichtet, gelingt es nicht, Sinnstrukturen aufzuschließen, die unzweifelhaft sind und die den Menschen davon dispensieren, Entscheidungen zu fällen, die mit Risiken verbunden sind. Es bleibt ein Unsicherheitsfaktor übrig, der der Unmöglichkeit des Vorhabens geschuldet ist, Rationalität zu universalisieren und Erklärungslücken zu schließen, sodass jede praktische Entscheidung ihren Risikofaktor verlieren würde. Auch wissenschaftsbasierte Entscheidungen sowohl im privaten als auch im politischen Bereich können nach Wust dem Moment eines gewissen Wagnisses nicht entkommen.

Vielleicht, so möchte man meinen, könnten es religiöse Menschen in der „übernatürliche[n] Existenz“¹⁵ ihres Glaubens erreichen, Sicherheit für sich und die eigene Zukunft zu erlangen, zumal der Glaube oftmals als Gebiet aufgefasst wird, der es möglich macht, den Zweifel im Bereich wissenschaftlicher Rationalität zu überwinden. Doch auch solcher bloß vermeintlicher Sicherheit erteilt Wust eine Absage. Denn eine religiöse

13 Vgl.: „Circa objecta proposita non quid alii senserint, vel quid ipsi suspicemur, sed quid clare et evidenter possimus intueri vel certo deducere quaerendum est; non aliter enim scientia acquiritur / Bei den vorgenommenen Gegenständen ist nicht danach zu fragen, was andere gemeint haben oder was wir selbst etwa mutmaßen, sondern danach, was wir in klarer und evidenter Intuition sehen oder zuverlässig deduzieren können; nur so nämlich erwirbt man Wissenschaft.“ (Descartes, *Regulae*, Regel 3)

14 Vgl. Wust, *Ungewißheit*, 70.

15 Wust, *Ungewißheit*, 68.

Existenz zeichne sich nicht dadurch aus, dass sie im Unterschied zu Menschen, die nicht glauben, eigene Sicherheit erhöhe. Vielmehr sind nach Wust in sie genauso Sicherheit und Unsicherheit eingeschrieben. Weder Gottesgewissheit noch Offenbarungsgewissheit oder Heilsgewissheit sei von Unsicherheit befreit, diese nehme vielmehr im Fortschreiten von der einen zur nächsten Ebene zu.¹⁶ Existenzsicherung, die sich im religiösen Kontext besonders als das Streben nach Heilsgewissheit äußert, dergemäß im eigenen Tod nicht das letzte Wort gesprochen und über den Tod hinaus die Befreiung von Schuld und Leid verheißen ist, gelinge im Glauben genauso wenig wie das Unterfangen, materielle Existenz zu sichern, oder der Versuch, wissenschaftliche Klarheit für allein evidenzbasierte Entscheidungen zu erreichen. Heilsgewissheit paare sich immer mit Heilsnot, und es bleibe einem auch als religiöser Mensch in dieser Paradoxie nichts anderes übrig, als den Kierkegaard'schen Sprung zu wagen oder eben nicht.¹⁷

Peter Wusts von der Existenzphilosophie bestimmte Anthropologie stellt den Menschen in der Verflochtenheit von Sicherheit und Unsicherheit vor – ein Gedanke, der in ähnlicher Form auch schon in Aristoteles' „Nikomachischer Ethik“ zum Tragen kommt. Im Streben des Menschen nach Glück als dem höchsten Gut praktischen Handelns¹⁸ kann auch bei Aristoteles keine endgültige Sicherheit erreicht werden. Zwar hänge das menschliche Glück wesentlich davon ab, ob man tugendhaft lebe, weil die Tugenden (ἀρεταί) eine wesentliche Voraussetzung für ein gutes Leben seien. Doch werde das Glück auch vom Eintreffen oder Ausbleiben günstiger Fügung (εὐτυχία) geprägt, werde also nicht bloß vom Menschen bestimmt, sondern auch von einem unverfügbaren Element, das man gewöhnlich als Zufall oder Schicksal bezeichnet. Glück hat demnach auch nach Aristoteles zwei Komponenten. Das „Glücklich-Sein“ – im Englischen „happiness“ – steht dem „Glück-Haben“ – im Englischen „luck“ – gegenüber. Demnach kann das eigene Streben nach Glück also nicht unabhängig vom Unsicherheitsfaktor des Zufalls gedacht werden. Denn obwohl nach Aristoteles tugendhaftes Leben Schicksalsschläge bis zu einem gewissen Grad ausgleichen kann,¹⁹ ist es unmöglich, den Zufall zu beherrschen.²⁰

16 Vgl. Wust, Ungewißheit, 71.

17 Vgl. Wust, Ungewißheit, 121f.

18 Das „höchste aller Güter des praktischen Handelns“ wird nach Aristoteles von allen „Glück/εὐδαιμονία“ genannt, obwohl fast alle darunter etwas anderes verstünden. (Vgl. Aristoteles, Nikomachische Ethik, I, 2, 1095 a 20)

19 Vgl. Aristoteles, Nikomachische Ethik, I, 11, 1101 a 1–6.

20 Vgl. Aristoteles, Nikomachische Ethik, I, 9, 1099 b 6–8.

Insofern Sicherheit, bezogen auf das Gute, Voraussetzung für dauerhaftes Glück ist, schränkt Ungesicherheit menschliches Glück ein. Da die „Insecuritas“-Not²¹, wie Wust diese existentielle Grundsituation nennt, nicht beseitigt werden kann, bleibt der Mensch ein ewiges „Sucherwesen“²², das sich absichern möchte, absolute Absicherung aber nicht erreichen kann. Wust sieht die angemessene Reaktion auf diese nicht abschüttelbare Spannung nun darin, dass man der „irdische[n] Kalkulationslogik“ die „überirdische Vorsehungslogik“ gegenüberstellt.²³ Er meint, dass das zentrale Wagnis, das der Mensch eingehen muss, um mit seinem Los versöhnt zu sein, in der Entscheidung dafür bestehe, den Eigenwillen hintanzustellen und auf Gottes Gnade und Vorsehung zu vertrauen, die trotz der Widrigkeiten in den Lebensschicksalen zuletzt einer Versöhnung zum Durchbruch ver helfe.

Das Wagnis, gegen alle Ungewissheit dennoch auf einen letzten Sinn zu vertrauen und wie Hiob weder am eigenen Schicksal noch an Gott irre zu werden, wird in heutigen Gesellschaften kaum mehr eingegangen – nicht nur deswegen nicht, weil damit eine exponierte gnadentheologische Position verbunden ist, die aktuell kaum noch vertreten wird, sondern auch deshalb nicht, weil religiöse Lösungen für anthropologische Probleme generell in die Krise geraten sind. Dennoch scheint mir, dass Wusts anthropologischer Befund auf allgemeine Facetten menschlicher Existenz nach wie vor zutrifft. Gerade die COVID-19-Krise hat Wusts Reflexionen neue Aktualität verliehen, wenn sich auch Akzente verschoben haben und neue Aspekte dazugekommen sind.

Im Folgenden möchte ich einige auffällige Entwicklungen der letzten Zeit mit Peter Wusts philosophischer These konfrontieren und Gemeinsamkeiten sowie Differenzen herausarbeiten. Dabei gehe ich in Anlehnung an Wusts drei Dimensionen der Dialektik von Sicherheit und Unsicherheit vor, beginne also mit der vitalen Ebene und komme über die wissenschaftlich-rationale schließlich zur religiösen, die trotz tiefgreifender Veränderungen nicht verschwunden ist.

21 Wust, *Gewißheit*, 186 und öfter.

22 Wust, *Gewißheit*, 49. Hervorh. im Orig.

23 Wust, *Gewißheit*, 189.

2. Vitale Unsicherheiten

Die erste und wohl eindrücklichste Unsicherheit, auf die COVID-19 aufmerksam gemacht hat, ist die gesundheitliche Gefährdung durch Infektionskrankheiten, obwohl diese als weitgehend gebannt gegolten haben, gibt es doch gegen viele von ihnen schon seit längerer Zeit Impfungen bzw. gelten sie – wie die Pocken – als ausgerottet. Dass SARS-CoV-2 aber nicht bloß eine gesundheitliche, sondern darüber hinaus auch noch viele andere Gefährdungen bereithält, ist mittlerweile ebenfalls erkannt worden. Soziale, ökonomische und arbeitsmarktliche Probleme sowie berufsgruppenspezifische, bildungspolitische und generationenrelevante Fragen sind aufgetaucht und haben das Virus zum Ausgangspunkt für einen ganzen Komplex möglicher individueller Betroffenheit werden lassen.²⁴ An ihm wird sichtbar, wie sich der Umgang mit dem Krankheitserreger im Spannungsfeld von Unsicherheit und Risiko allmählich verändert hat. Nach der Phase, in der man glaubte, dass die Bedrohung ohnehin weit weg sei und wohl nur den fernen Osten betreffen werde, machte sich als Erstreaktion oft eine verharmlosende Einstellung breit, da viele meinten, es handle sich um nichts anderes als um eine Art Grippe, vergleichbar mit Infektionen während der Grippe-Wellen der letzten Jahre. Zunehmend musste aber festgestellt werden, dass die Gefährdung eine ungleich höhere ist und sich weltweit ausgedehnt hat. Bilder vornehmlich aus Italien und aus den USA machten das Ausmaß der Bedrohung sichtbar. Zudem stieg die Anzahl der Infizierten exponentiell an, und viele wurden selbst angesteckt bzw. kannten Menschen, die krank geworden waren. Immer mehr Todesopfer gab es zu beklagen.

Anhand dieser Entwicklung lässt sich erkennen, dass Bedrohung zwar grundsätzlich ein pathisches Phänomen ist, das einen trifft, meist ohne, dass man etwas dagegen tun kann. Die Bedrohung menschlicher Existenz zeigt sich dabei – variiert nach „soziokulturellen Bedingungen der selektiven *Wahrnehmung, Auffassung und Anerkennung*“²⁵ – je anders. Dazu kommt, dass man zunächst davon hört, dass andere betroffen sind. Dann ist man von deren Los berührt, und schließlich kommen die Krankheit oder deren Auswirkungen direkt oder indirekt bei einem selbst an.

In Hinsicht auf die Krankheit wurden anfangs verschiedene Interpretationsrahmen ins Spiel gebracht, um mit dem Unverfügbaren umzugehen –

24 Zur sozialen Dimension siehe z. B. Schües, Corona-Notstand, 37f., zur Frage der Kultur des Sterbens Liebsch, Soziales Leben, 68.

25 Huth, Vulnerabel, 19.

von Ignoranz über Verharmlosung bis zur ängstlichen Vorsicht. Doch gesellte sich sehr bald der Versuch dazu, dem „Schicksal des [möglichen] Krankseins“²⁶ aktiv zu begegnen. Es wurden Hygiene-Maßnahmen gesetzt, Tests angeboten, und schließlich wurden Impfungen entwickelt, die nicht nur vor Ansteckung schützen, sondern auch die Weitergabe des Virus verhindern sollen. Hinzu kamen Abwägungen in Bezug auf geplante Reisen, Differenzierungen je nach Alter und viele Wahrscheinlichkeitsüberlegungen in Hinblick auf Gebote oder Verbote. Einzelpersonen, aber auch Firmen oder Interessensgruppen versuchten sogar, die Wartezeiten auf die Impfung zu verkürzen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Ausland impfen zu lassen. Andere wollten den Zeitplan für das eigene Geimpftwerden so steuern, dass man das „richtige“ Serum und die Impfung früher als geplant verabreicht bekommen sollte. Mit einem Wort: Das passive Moment, mit dem Schicksal zu hadern, aber es hinzunehmen, wurde zunehmend begleitet von Gegenmaßnahmen und aktivem Entscheidungswillen. Dabei kamen zu den offiziellen bald auch subjektive Maßnahmen, um die Gefährdung in den Griff zu bekommen.

Obwohl die eingeleiteten Gegenmaßnahmen zwar wirkten und wirken und medizinische Forschung mit hohen Investitionen forciert wurde, ist es bisher nicht gelungen – auch in der westlichen Welt nicht – das Virus völlig unter Kontrolle zu bringen. SARS-CoV-2 lässt sich bislang nicht endgültig beherrschen, neue Varianten treiben vielmehr die gesenkten Inzidenzen immer wieder in die Höhe, sobald Öffnungen vorgenommen und Einschränkungen zurückgenommen werden. Das hat vielen vor Augen geführt, dass Verletzbarkeit nach wie vor ein Grundmerkmal menschlicher Existenz ist, auch wenn medizinische und technische Großanstrengungen Gefahren verringert haben.

Solche Vulnerabilität, die vor allem in Bezug auf Gesundheit und Krankheit manifest wird und die man mit Martin Huth als „der Leiblichkeit innewohnende Ohnmacht“ definieren kann, erweist sich zudem als „Latenzphänomen“.²⁷ Im Hinblick auf COVID-19 lassen sich zwei Formen von latenter Vulnerabilität festhalten, die neuerlich das Ineinander von Unsicherheit und dem Versuch, sie möglichst zu beherrschen bzw. in Kalkulierbarkeit zu transformieren, aufzeigen. Während Verletzlichkeit in einer Hinsicht das menschliche Können überhaupt in Frage stellt und diesem letzte Zugriffsmöglichkeiten weitestgehend entzieht, lassen andere Perspektiven von Verletzbarkeit darauf hoffen, dass wenigstens

26 Vik, *Analyse*, 257.

27 Huth, *Vulnerabel*, 13 und 15.

partielle Gegenmaßnahmen möglich sind. Was die erste Form von latenter Vulnerabilität betrifft, die sich als „fungierend“ beschreiben lässt,²⁸ kann beispielsweise angeführt werden, dass kaum jemand in der Lage ist, abzuschätzen, welche Varianten SARS-CoV-2 ausbilden wird und wie Menschen darauf reagieren werden. Zudem ist nicht absehbar, wie sich das Virus ausbreiten wird und welche Länder bzw. Regionen besonders betroffen sein werden. Demgegenüber lässt sich aber auch eine „thematische“ Verletzbarkeit ausmachen, die das Risiko, das mit dem Virus verbunden ist, in einigen Bereichen kalkulierbar macht. So weiß man etwa mittlerweile, welche Personengruppen besonders gefährdet sind, und konnte dementsprechende Impfpläne erstellen. Auch die Auswirkungen von Lockdowns, Öffnungsschritten, Maskenpflicht oder Social Distancing lassen sich von Fachleuten mittlerweile gut einschätzen und teilweise sogar vorausberechnen. So entstehen Guidelines, gesundheitspolitisch motivierte Verordnungen oder andere normierende Vorgaben. Zugleich ist aber auch sichtbar geworden, dass zwischen epidemiologischem oder virologischem Wissen auf der einen Seite und politischer Normierung auf der anderen immer wieder Differenzen auftreten, zumal Politikerinnen und Politiker ihre Entscheidungen nicht nur an wissenschaftlichen Erkenntnissen, sondern auch an ökonomischen, sozialen oder gar populistischen Überlegungen ausrichten.

Vulnerabilität angesichts von Ansteckbarkeit und gesundheitlichen Problemen hat darüber hinaus neu ins Bewusstsein gerufen, dass es für den persönlichen Umgang mit dem Virus und seinen Auswirkungen nicht genügt, sich auf eine objektivierende Sicht, wie sie Wissenschaft bietet, zu beschränken. Es geht darüber hinaus um die je eigene persönliche Betroffenheit, die SARS-CoV-2 auslösen kann. Die Gefahr bleibt nicht nur die Gefahr der anderen Menschen, sondern kann einen auch selbst unmittelbar betreffen. COVID-19 macht also neu bewusst, dass die Gefährlichkeit des Virus nicht bloß eine gesamtgesellschaftliche ist, sodass es genügen würde, über kranke oder potentiell kranke Menschen statistische Aussagen zu machen, sondern dass verstärkt Diskurse in der ersten Person erforderlich geworden sind, um das Virus sprachlich zu fassen. Menschen erzählen von sich und ihrer eigenen Betroffenheit, die mitunter ein Maß

28 „Fungierend“ meint hier im Sinne Edmund Husserls, dass Vulnerabilität teilweise so wirkt (fungiert), dass menschliches Können ihrer nicht Herr werden kann. „Thematisch“ besagt, dass Vulnerabilität zum Teil auch kalkulierbar ist, weil sie zum Thema menschlichen Zugriffs gemacht werden kann. Zur Unterscheidung von „fungierender“ und „thematischer“ Vulnerabilität siehe auch Huth, Vulnerabel, 15.

erreicht hat, das es nicht mehr erlaubt, sich selbst aus dem Spiel zu lassen, weil man zu sehr persönlich involviert ist. Eine mögliche eigene schwere Erkrankung und mitunter sogar der eigene Tod stehen als existentielle Bedrohung im Raum²⁹ und verlangen persönliche Gespräche, die ohne die Erste-Person-Perspektive nicht zu führen sind.

Existentiell bedroht und unmittelbar betroffen ist immer jemand Bestimmter, der zunächst von sich erzählen muss – wobei er „ich“ sagen muss –, bevor Schilderungen zu allgemeingültigen Aussagen transformiert werden können. Daran sieht man: Krankheit ist nicht bloß eine funktionale Störung, sondern gehört zur ganzen Person, weil sie vor allem den eigenen Leib tangiert, der das eigene Selbst wesentlich bestimmt.³⁰ Das zeigt auf der einen Seite, dass nicht nur etwas gefährdet ist, sondern jemand. Auf der anderen Seite macht die leibliche und damit personale Betroffenheit Bemühungen um Gegenmaßnahmen insofern besonders dringlich, als der ganze Mensch bedroht ist und nicht nur ein Teil oder ein isolierbares Organ. Selbst Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die sich mit SARS-CoV-2 befassen, werden indirekt Objekt ihrer eigenen Forschungen und kommen nicht umhin, die eigene Besorgnis und Vorsicht mit denen zu teilen, die sie mit ihren Forschungen schützen möchten.

COVID-19 hat nicht nur neu sichtbar gemacht, dass der Mensch nicht allein funktional erklärbar ist, sondern hat ihn auch zurückverwiesen auf sein leibliches Fundament und die Unverfügbarkeit, die damit einhergeht. Menschen sind keine steuerbaren Maschinen, sondern gefährdete Wesen, deren Immunisierung nicht vollkommen gelingt, selbst durch Impfungen nicht.³¹ Diese menschliche Selbsterfahrung mag einen einerseits neu verstehen lehren, was Edmund Husserl meinte, als er feststellte: „Bloße Tatsachenwissenschaften machen bloße Tatsachenmenschen.“³² Es fehlen in den empirischen Wissenschaften Deutungsversuche existentieller Sinn-Fragen, die auch dann, wenn jemand Fakten über sich selbst zur Kenntnis nimmt, nicht verschwinden, sondern sich oft erst mit neuer Vehemenz

29 Vgl. Mitscherlich-Schönherr in: Was macht die Corona-Krise, 27.

30 Vgl. Gräß-Schmidt, *Vulnerabler Mensch*, 156: „Für die Wahrnehmung von Krankheit heißt das, dass sie nicht nur als funktionale Störung angesehen werden kann, sondern dass sie als solche auch zu unserem Selbst gehört und gegebenenfalls zu einer tiefen Umwandlung unseres Selbst- und Weltverständnisses führt.“

31 Vgl. Schües, *Corona-Notstand*, 42: „Wenngleich Verletzlichkeit und Immunität in einem asymmetrischen Verhältnis zueinanderstehen, muss das nicht heißen, dass sie in einem Verhältnis des Entweder-Oder verharren müssen.“

32 Husserl, *Krisis*, 6 [= *Husserliana* VI, 4].

stellen. Unsicherheiten bleiben bestehen, selbst wenn Wissen über die eigene Gefährdung neue Zugriffsmöglichkeiten eröffnet.

Andererseits befeuern solche und ähnliche Befunde über die menschliche Kontingenz Versuche, die leibliche Struktur des Menschen überhaupt hinter sich zu lassen, wie es im Trans- oder Posthumanismus propagiert wird. So meint Nick Bostrom, dass „unsere eigene speziesspezifische Natur [...] eine reiche Quelle des ganz und gar Inakzeptablen“ sei, weil wir – neben anderen Unzulänglichkeiten – auch eine „Schwäche“ für „Krankheiten“ hätten.³³ Nun wird sich niemand dagegen aussprechen, Krankheiten zu bekämpfen, es bleibt aber fraglich, ob die von Wust herausgearbeitete Dialektik von existentielllem Sicherheitsdenken und Unverfügbarkeit des eigenen Lebens vor allem durch „das biologische kognitive Enhancement“³⁴ zu lösen ist. Solche Steigerungsversuche sind nämlich mit hoher Problematik verbunden. Freilich steht bei derartigen Überlegungen meist nicht zuerst das individuelle, sondern das allgemeine und speziesspezifische Moment im Vordergrund. So schreibt Bostrom, wenn er vom „existentiellen Risiko“ spricht, vom Risiko der gesamten Menschheit, ohne die existentielle Not der einzelnen Menschen näher in den Blick zu nehmen.³⁵ Davor gilt es aber, das individuelle und einzelne Schicksal zu meistern, was meist nicht möglich ist, ohne sich auch auf unsicheren Boden zu begeben.

Aus meiner Sicht zeigt sich die vitale oder existentielle Unsicherheit, von der Wust geschrieben hat, in Zeiten der COVID-19-Pandemie besonders darin, dass sie sich als individuell bedeutsame global und kollektiv ins Bewusstsein gedrängt hat. Zwar gibt es geographische und altersbedingte, vor allem aber soziale Abstufungen von Betroffenheit, aber niemand kann sich sicher wähnen. Darüber hinaus wird diese primäre Unsicherheit noch durch eine zweite überlagert und verstärkt. Man ist nicht nur selbst gefährdet, ohne genau um das eigene Betroffenheitspotential zu wissen, sondern man ist – wie gesagt – selbst zugleich auch möglicher Überträger oder mögliche Überträgerin. Gefährdet zu sein und selbst zu gefährden durchdringen einander wechselseitig.³⁶ Das bedeutet, dass Wusts Dialektik von Unsicherheit und Risiko die Grenze zwischen individuell und sozial opak werden lässt. Dazu kommt, dass sich der Antagonismus von Betroffenheit und aktiven Gegenmaßnahmen abschwächt oder sogar umkehrt

33 Bostrom, *Zukunft*, 94.

34 Bostrom, *Zukunft*, 88.

35 Vgl. Bostrom, *Zukunft*, 51: „Existentiell sind solche Risiken, die die gesamte Zukunft der Menschheit bedrohen.“

36 Vgl. Schües, *Corona-Notstand*, 35.

sowie Fremdbestimmung und Autonomie im Umgang mit der Krankheit sich nicht mehr eindeutig voneinander trennen lassen.

3. Wissenschaftliche Unsicherheiten

Die Behauptung Peter Wusts, dass die Ungewissheit nicht nur eine existentielle und vitale sei, sondern auch eine der Wissenschaften, wurde von der COVID-19-Pandemie neu in Erinnerung gerufen. Freilich zeigen sich solche Infragestellungen der Rationalität in bislang kaum bekannten Erscheinungsweisen. Zunächst ist festzuhalten, dass besonders die westlichen Gesellschaften auf Wissenschaft gesetzt haben, um SARS-CoV-2 wirksame Maßnahmen entgegenhalten zu können. Neben unterschiedlichen Test-Typen wurden von großen Pharma-Konzernen vor allem verschieden ansetzende Impf-Seren entwickelt, die es mittlerweile ermöglichen, das Ansteckungsrisiko entscheidend zu minimieren und Lockdowns zurückzunehmen. Zunächst schien es so, dass der Wettlauf der Konzerne um den ersten bzw. um den wirksamsten Impfstoff die Befreiung bringen würde. Man vertraute darauf, dass die staatlichen Investitionen im wissenschaftlichen Gefüge von Forschung, Geld und kompetitiven Strukturen, die sich wechselseitig bedingen, besonders wenn es neben gesundheitspolitischen auch um ökonomische Interessen geht, den größten Erfolg bringen. Ohne sie weiter in Frage zu stellen, ging man von der Voraussetzung aus, dass Viren – wie die Natur generell – nach dem Ursache-Wirkung-Schema aufgebaut seien und ihre Kausalitätsstrukturen durch entsprechende Forschungsleistungen durchschaut werden könnten. In der Folge sollten – wieder durch wissenschaftliche Verfahren – Möglichkeiten gefunden werden, Gegenmittel zu entwickeln. Damit, so dachte man, werde eine wirksame Handhabe gegen die Gefährdung zur Verfügung stehen, was schließlich zur Erleichterung aller auch gelang. In der Zwischenzeit trug man Maske und wunderte sich, warum die Fachleute nicht einmal sagen konnten, ob und, wenn ja, welche Masken wirksamen Schutz böten.³⁷

Was sich aber als Überraschung herausstellte, war die Erkenntnis, dass das Virus eine Eigendynamik entwickelte, die den Eindruck hinterließ, dass – um im Bild zu sprechen – im Wettlauf um einen Impfstoff noch „jemand“ mitlief und mitläuft, der bestrebt ist, den Firmen Prügel zwischen

37 David Lauer weist darauf hin, dass „die Öffentlichkeit staunend hat zur Kenntnis nehmen müssen, dass auch die WissenschaftlerInnen sich gar nicht einig sind in ihren Empfehlungen“. (Was macht die Corona-Krise, 35)

die Füße zu werfen. Die Mutationen des Virus und dessen Varianten, die sich mittlerweile verbreitet haben, senken nicht nur den Impfschutz, sondern erhöhen auch die Ansteckungsraten. Das Wissen, das nach dem bekannten Ausspruch von Francis Bacon Macht versprach, erwies sich mittlerweile schon wieder als zum Teil vorläufig und weniger tragfähig, als man gehofft hatte. Da die Inzidenzen immer wieder steigen und die nächste Welle vorhergesagt wird, nimmt Unsicherheit neuerlich zu, anstatt der Sicherheit zu weichen, dass die Verbreitung des Virus endgültig gestoppt sei. Zwar ist die Virologie zur führenden Wissenschaft aufgestiegen und die Positionen ihrer Repräsentantinnen und Repräsentanten gelten als beinahe unhinterfragbar, solange sie einander nicht widersprechen, aber es zeigt sich auch, dass der endgültige Durchbruch, das Virus loszuwerden, (noch) nicht gelungen ist. Sarah Gilbert, Katalin Karikó oder Özlem Türeci und Ugur Şahin, die wesentlich zur Entwicklung und Herstellung der Impfstoffe beigetragen haben, erreichten nicht nur wissenschaftliche, sondern auch große öffentliche Bekanntheit. Und der Chefvirologe der Charité in Berlin, Christian Drosten, erklärt neben anderen Expertinnen und Experten die Zusammenhänge allgemeinverständlich in den Medien. Die Erwartungen sind trotz der enormen Erfolge, die man bislang verbuchen konnte, auf der Seite von Politik und Bevölkerung allerdings übergroß. Dennoch bleibt einem nichts anderes übrig, als sich darauf einzustellen, dass das Virus bis auf Weiteres nicht auszurotten ist und das soziale Leben mitbestimmen wird.³⁸ Das Mittel der Wahl, möglichst hohe Sicherheit zu erreichen, besteht in wissenschaftlicher Rationalität, allerdings ist man trotz der zweifellos großen Erfolge auch auf Grenzen dieses Konzepts gestoßen. Denn die „westlicher Sekurität entspringende Übertreibung“³⁹ bleibt dialektisch mit Wusts „insecuritas humana“ verknüpft und zwingt dazu, sich der Vorläufigkeit jeder Erkenntnis bewusst zu bleiben, auch wenn es neben anderen Motiven der menschliche Sicherheitswunsch ist, der die Forschung und deren Finanzierung fördert.

Das angesprochene, sich gerade in der COVID-19-Pandemie als anthropologische Konstante erweisende Sicherheitsbedürfnis ist auch jenseits wissenschaftlicher Anstrengung und oft gegen sie zum Ausdruck gekommen. Denn Widerstand gegen die in Europa geübte Gesundheitspolitik entstand einerseits aus dem Zweifel über die Zulässigkeit der Einschränkung von Freiheitsrechten, aus ökonomischen Interessen oder aus dem Bewusstsein sozialer und psychischer Probleme Betroffener. Man nahm Stellung gegen

38 Vgl. Schües, Corona-Notstand, 38.

39 Liebsch, Soziales Leben, 76.

die „moralische Ressource der Biolegitimität“⁴⁰, die man für überbewertet hielt. Abgesehen von solchen Infragestellungen steigt andererseits die Anzahl derer, die sich Verschwörungstheorien zu eigen machen, welche als hochgradig irrational anzusehen sind. Man geht dort davon aus, dass Bill Gates einerseits die Entwicklung von SARS-CoV-2 finanziert habe und dass andererseits auf seine Veranlassung hin durch die Impfungen Mikrochips in die Menschen eingepflanzt würden, um diese lückenlos überwachen zu können. Viele skandierten auf Demonstrationen sogar „Wir sind die Juden.“ Sie meinten damit, dass man durch die Impfung wie in Konzentrationslagern tödliche Injektionen bekomme, und forderten für die dafür Verantwortlichen „Nürnberger Prozesse“ ein. Andere witterten in der Pandemie einen „Great Reset“, bei dem globale „Finanzeliten“ eine neue Weltordnung etablieren wollten, in der das Eigentum abgeschafft sei und die völlige Überwachung herrsche.⁴¹

Solche und ähnliche Theorien lassen sich als der Versuch interpretieren, einfache Gründe für die Pandemie anzugeben und damit der Unsicherheit, die das Virus verbreitet, durch simple theoretische Überlegungen Herr zu werden. Wenn es stimmt, dass in Krisenzeiten Verschwörungstheorien Hochkonjunktur haben,⁴² so liegt ein Erklärungsstrang für diese Entwicklung wohl darin, dass in Krisen das Maß an Unsicherheit steigt und dass versucht wird, es zu minimieren. Am besten eignen sich dafür offenbar scheinbar logische Erklärungen, die wegen ihrer Einfachheit und Isoliertheit der Prüfung innerhalb eines offeneren Vernunfthorizonts nicht standhalten. Dazu kommt die Vorstellung einer im Vergleich zu trockener naturwissenschaftlicher Kausalität alternativen Sichtweise, die eine größere Einsicht vorgibt und eine tiefere Wahrheit verspricht. Das Ursache-Wirkung-Schema wird deshalb nicht aufgegeben, sondern insofern verstärkt, als man Veranlassung und Folge in eindeutiger Weise miteinander verknüpft sieht und meint, durch die Einsicht in deren Zusammenhang Sicherheit finden zu können. So gilt: „Wer die Verursacher ausgemacht hat, kann sich entlasten von allem Zweifel, aller Ungewissheit, aller Zwiespältigkeit.“⁴³ Derartige Entlastung hat wegen ihrer vermeintlichen Eindeutigkeit den enormen Vorteil, dass große Sicherheit gefunden zu sein scheint.

Was wissenschaftliche Forschung und Verschwörungstheorien – trotz aller Unterschiedlichkeit – gemeinsam haben, ist das in beiden Versuchen

40 Folkers, Vorwegnahme.

41 Vgl. Bundesstelle für Sektenfragen, Verschwörungstheorien, 25, 30f., 32f.

42 Vgl. Mukerji in: Was macht die Corona-Krise, 36.

43 Bahr, Woran glauben.

bemerkbare Bestreben, Unsicherheit zu reduzieren und möglichst eindeutige Erklärungen, ob sie sich nun als tragfähig erweisen oder nicht, zu finden. Der Anspruch dort wie da ist der, plausible Rationalitätsstrukturen der Wirklichkeit aufzuweisen, selbst wenn sie allzu sehr vereinfacht werden und Aspekte ausgeblendet bleiben, was einen möglichst vorurteilsfreien Blick zwar trübt, dafür aber Sicherheit erhöht, allerdings scheinbare Rationalität schlussendlich in Irrationalität umkippen lässt. Solange Philosophie sich als rationales Unternehmen versteht, kann sie in diesem Gegensatz nur einmahnen, dass die existentiell herausfordernde Unsicherheit nicht simplifizierend wegrationalisiert werden kann. Philosophie möchte zwar rationalem Denken verpflichtet bleiben, macht aber auch Unsicherheit explizit zum Thema der angestellten Überlegungen. Ein solcher „rationale[r] Umgang mit Risiko und Unsicherheit“⁴⁴ ist nicht bestrebt, Unsicherheit in Sicherheit zu transformieren, sondern möchte gleichsam eine „metastufige Orientierung über die eigene Orientierungslosigkeit“⁴⁵ bieten, nimmt also in Anspruch, angesichts menschlicher Unsicherheit nicht schweigen zu müssen, sondern diese sogar auf den Begriff bringen zu können. Damit ist Unsicherheit nicht bewältigt, wohl aber benannt, wobei unterstellt wird, dass Rationalität Irrationales erfassen kann, aber nicht umgekehrt. Auf begrifflicher Ebene bleibt also ein Gefälle zwischen Vernunft und Irrationalem bestehen, nicht aber auf existentieller, denn dort obsiegt allzu oft die Not der Unsicherheit, die zu Rationalitätsgrenzen führt.

4. Religiöse Unsicherheiten

Obwohl sich vermuten lässt, dass in fortwährend säkularer werdenden Gesellschaften herkömmliche religiöse Strategien zur Bewältigung von Krisen immer unplausibler werden, ist es doch erstaunlich, dass besonders während der COVID-19-Pandemie in der politischen Terminologie religiöses Vokabular aufgetaucht ist, wenn es darum ging, Menschen zu beruhigen, das baldige Ende der Gefährdung in Aussicht zu stellen bzw. Durchhalteparolen auszugeben oder zu vernünftigem Verhalten aufzufordern. Letzter Sicherheit durch religiöse Sinnggebung und angekündigter Heilssicherheit hat – wie gezeigt – schon Peter Wust eine Absage erteilt. Doch scheinen Versatzstücke solcher Versuche nach wie vor für politisches Kalkül tauglich zu sein, Menschen für gewünschtes Verhalten zu motivieren.

44 Mukerji in: Was macht die Corona-Krise, 30.

45 Lauer in: Was macht die Corona-Krise, 30.

So hat der frühere Bundesminister für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz in Österreich, Rudolf Anschober, wiederholt von der „entscheidenden Phase“ gesprochen, die unmittelbar bevorstehe, um die Ansteckungen zurückzudrängen oder die Anzahl der Neuerkrankungen einzugrenzen.⁴⁶ Damit hat er zwei biblische Topoi aufgerufen, nämlich jenen der Zeit der Bedrängnis und jenen der Naherwartung, freilich in abgewandelter und auf die COVID-19-Krise gemünzter Form.

Während Paulus in 2 Thess 1,4f. die Gemeindeglieder von Thessaloniki lobt, weil sie „Standhaftigkeit und Glauben“ zeigten und in allen „Verfolgungen und Bedrängnissen“ aushielten, wollte der Minister die Bürgerinnen und Bürger motivieren, im Lockdown standhaft zu bleiben und die Beschränkungen auszuhalten. Paulus stellte den Adressatinnen und Adressaten seines Briefes in Aussicht: „[I]hr sollt ja des Reiches Gottes teilhaftig werden, für das ihr leidet.“ Anschober hingegen versprach die alte bzw. „neue Normalität“, die anbrechen werde, wenn die Menschen den Lockdown aushielten und nach den staatlichen Vorgaben lebten. Doch wie den frühen Christengemeinden, die erwarteten, dass Jesus sogar noch zu ihren Lebzeiten wiederkommen werde,⁴⁷ die Parusieverzögerung zu schaffen machte,⁴⁸ so musste auch der Minister das Anbrechen der „neuen Normalität“ immer wieder nach hinten verschieben und brachte dabei das Bild von der „entscheidenden Phase“ jeweils neu ins Spiel. Andere mussten z. B. das Bild vom Licht am Ende des Tunnels ebenfalls mehrmals wiederholen, weil sich das Ende des Tunnels offensichtlich nicht so schnell erreichen ließ. Das veranlasste Moritz Herrmann in seiner „politisch-pandemische[n] Sprachkritik“ zur beißenden Äußerung: „Als wäre es so leicht, den Menschen permanent eine Hoffnung zu machen, die nie eintritt!“⁴⁹

Nun ist der Parusie-Begriff in der Bibel mit einem Modell der Bewältigung von Krisen verknüpft, das sich aus dem Tun Jesu ableiten lässt und das Franz Gruber das „*therapeutisch-proleptische*“ nennt.⁵⁰ Versucht man auf

46 Vgl. Kocina, Entscheidende Phrase.

47 Vgl. 1 Thess 4,15.

48 Vgl. 2 Petr 3,4–9.

49 Herrmann, Brücke, 61.

50 Gruber hebt es vom Modell des „*Tun-Ergehen-Zusammenhangs*“, das von der Strafe für ein Fehlverhalten ausgeht, vom weisheitlichen Modell, nach dem ein Leidender zwar geläutert aus dem Leid hervorgehen kann, es aber gerade keinen Zusammenhang zwischen Tun und Erleiden gibt und das von der Undurchschaubarkeit der göttlichen Ordnung ausgeht, sowie von der „*eschatologisch-apokalyptische[n] Lösung*“ ab, die ein Gericht nach dem Ende der Geschichte ansetzt, in dem Gott dem Guten zum Durchbruch verhelfen wird. (Gruber, Sars-Covid-19-Pandemie, 266f. Hervorh. im Orig.)

diese Weise, die Krise zu erklären, wird der Durchbruch des Guten nicht auf das Eschaton aufgeschoben, sondern kann sich durch intervenierendes Handeln, das das Leiden minimiert, schon hier und jetzt anfangen. Das Gute wird bereits in der Gegenwart offenbar, auch wenn sich die Parusie verzögert. Anhand des in der COVID-19-Pandemie oftmals herangezogenen Beispiels von Albert Camus' Roman „Die Pest“, in dem religiöser Sinngewand eine säkulare Antwort gegenübersteht, lässt sich zeigen, wie dieses biblische Modell säkular weiterentwickelt wird. Im Roman fordert der Jesuitenpater Paneloux ein, das zu lieben, was man nicht verstehen könne bzw. die Seuche als Fingerzeig Gottes zu begreifen, auf den ein Lernprozess folgen müsse. Er folgt also der „Strategie der Malitätsbonisierung“ und unterlegt dem Sinnlosen Sinn. Demgegenüber möchte der atheistische Arzt Rieux mit allem Risiko an der Seite der Kranken aushalten und das ihm Mögliche tun, ohne einen eschatologischen Horizont ins Visier zu nehmen.⁵¹ An die Stelle des „therapeutisch-proleptische[n]“ Modells, nach dem in der Heilung von Krankheiten die endgültige Erlösung vorweggenommen wird, tritt bei Rieux eine „therapeutisch-naturale Krisen-Lösung“, bei der Heilung sich allein auf die Gesundheit bezieht und der Begriff religiösen Heils ausgespart bleibt.⁵²

Wie man sieht, geht es Camus nicht mehr um Heilsgewissheit, die der Jesuitenpater in „Die Pest“ noch behauptet und seinerseits zu retten versucht, obwohl das ganze Unterfangen angesichts des unglaublichen Leidens der grassierenden Seuche zum Scheitern verurteilt ist. Vielmehr soll die Heilskategorie, die längst nicht mehr mit Gewissheit verknüpft werden kann, generell verabschiedet werden. Doch möchte Camus die religiöse Sicherheitssuche nicht auf die wissenschaftliche übertragen, sondern die Unsicherheit erdulden und aushalten, weil es dazu keine Alternative gebe und auch der Medizin enge Grenzen gesetzt seien.

Mittlerweile hat man auch in der gegenwärtigen Theologie von objektiver Glaubensgewissheit, die dem Sinnlosen eine positive Bedeutung zu geben vermag, Abstand genommen.⁵³ Die Heilsnot, von der Wüst gesprochen hat, lässt sich demgemäß auch in der Theologie nicht mehr von der angestrebten Heilsgewissheit fernhalten. Vielmehr nimmt man gegenwärtig Maß an der Kreuzestheologie, also nicht an einem Gott, der über den leidenden Menschen thronet, sondern an einem Gott, der sich mit den Lei-

51 Vgl. Tück, Gott in der Krise, 244–246.

52 Gruber, Sars-Covid-19-Pandemie, 268.

53 Vgl. Vik, Analyse, 259.

denden solidarisch zeigt. Johann Baptist Metz' Begriff der „Compassion“⁵⁴ verweist in diesem Zusammenhang auf die Wichtigkeit der „memoria passionis“, die an die Opfer der Geschichte erinnert, und bereitet den Weg für eine politische Theologie, die die Anerkennung der Autorität der Leidenden einfordert und diese ins Zentrum der Reflexion rückt.

So können in der COVID-19-Pandemie auch religiöse Versuche, Sinn zu sichern, Unsicherheit nicht mehr aus der Welt schaffen. Vielmehr dient die Abwesenheit Gottes, die als beklemmend erfahren wird, selbst als Movens theologischer Reflexion. Denn religiös lässt sich kein „heiteres Jenseits der Unsicherheit“⁵⁵ mehr konstatieren, das ungefährdete Sicherheit garantieren könnte.

5. Fazit

Wie die vorangehenden Überlegungen zeigen, hat die COVID-19-Pandemie das „Bewusstsein unseres kontingenten Daseins“⁵⁶ vor allem auf existentieller Ebene geschärft. Es ist einem nicht nur die eigene Sterblichkeit, sondern auch die gesundheitliche Gefährdung neu ins Bewusstsein gerufen worden. Unsicherheiten sind für jeden und jede permanent spürbar geworden und haben in der Maske, die zu tragen man angehalten ist, fast symbolische Prägnanz erlangt. Globales Massensterben, das in Bildern von gestapelten Särgen medial eindringlich vor Augen gestellt wurde, überfüllte Krankenhäuser und die Hilflosigkeit in Intensivstationen haben dem latenten Gefühl eigener Unantastbarkeit einen nachhaltigen Dämpfer versetzt und die Vulnerabilität des Menschen unübersehbar vor Augen geführt.

Zu fragen bleibt freilich, ob sich diese Kontingenz-Erfahrung näher beschreiben und bestimmen lässt. Zunächst ist festzuhalten, dass es sich um die Erfahrung von *negativer* Kontingenz handelt. Da menschliche Endlichkeit meist mit Sterblichkeit, Gefährdung, Verletzbarkeit usw. in Verbindung gebracht wird, steht diese Form gemeinhin für Kontingenz überhaupt. Ihr steht *positive* Kontingenz gegenüber, die sich darin manifestiert, dass jeder Mensch, gerade weil er auf individuelle Art und Weise endlich ist, eine unverwechselbare und einzigartige Person ist. Das wäre nicht möglich, wenn jeder und jede alles wäre, was Menschsein zulässt,

54 Metz/Kuld/Weisbrod, Compassion.

55 Bahr, Woran glauben.

56 Gruber, Sars-Covid-19-Pandemie, 273.

und es einem nicht gegeben wäre, sich innerhalb vorgefundener Grenzen zu entfalten.

An die Auffassung von Kontingenz im Allgemeinen ist die Einstellung zur eigenen Existenz gebunden. Denn das eigene Dasein wird dann als Last erfahren, wenn sich der negative Aspekt von Kontingenz vordrängt. Dann setzt sich der Eindruck durch, man *müsse* trotz aller Widrigkeiten leben. Sieht man die menschliche Begrenztheit allerdings positiv, so wird die eigene Existenz im Unterschied dazu zu einer Gabe, die es zu gestalten gilt: In diesem Sinn muss man nicht, sondern *darf* man leben.

Die COVID-19-Pandemie verstärkt das Bewusstsein der eigenen Kontingenz, allerdings unter dem Vorzeichen negativ verstandener Endlichkeit. Soll menschliche Existenz nicht einseitig wahrgenommen werden, wird es also darauf ankommen, in dieser Doppelheit menschlicher Begrenztheit verstärkt auf die Lebensmöglichkeiten und auf positive Existenz-Erfahrungen zu verweisen. Die Herausforderung besteht darin, das Verhältnis der beiden Pole von Zufälligkeit wieder ins Lot zu bringen und sich wechselseitig zu ermutigen, sich Zukunftsgestaltung zuzutrauen, dabei etwas zu wagen und die Unsicherheit eines gewissen Risikos auf sich zu nehmen, um das volle eigene Menschsein nicht zu verlieren.

Es wurde in der COVID-19-Pandemie neben dem Bewusstsein individueller Endlichkeit auch das der Begrenztheit menschlicher Erkenntnis geschärft. Einerseits hat die schnelle Entwicklung von Vakzinen medizinischer Forschung und naturwissenschaftlicher Errungenschaft hohen Respekt eingebracht. Viele sprechen davon, dass die CORONA-Zeit für die Wissenschaft einen Schub an Glaubwürdigkeit bedeuten werde, und halten die COVID-19-Krise sogar für die „Stunde der Wissenschaft“⁵⁷, besonders was angewandte Forschung betrifft. Der Stellenwert von Wissenschaft ist auch gegenüber der Politik gestiegen, sodass der Ruf nach evidenz- oder wissenschaftsbasierter Politik lauter geworden ist.⁵⁸ Auf der anderen Seite ist es nicht gelungen, das Virus auszurotten, es scheint noch länger eine Herausforderung für Wissenschaft, Politik sowie Bürgerinnen und Bürger

57 Nach einer Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach: Petersen, Deutschland. Vgl. Corona steigert.

58 Schon vor der Pandemie gab es mehrfache Plädoyers für eine solche Politik. Beispielsweise hat in Deutschland die „Leopoldina“ 2019 eine diesbezügliche Initiative gestartet. (Leopoldina, Evidenzbasierte Politikgestaltung) In Österreich haben ebenfalls 2019 der damalige Leiter des „Instituts für Höhere Studien (IHS)“ und spätere Minister für Arbeit, Martin G. Kocher, sowie der damalige Leiter des „Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung (Wifo)“, Christoph Badelt, ein „Manifest für evidenzbasierte Politik“ publiziert. (Kocher/Badelt, Manifest)

zu bleiben. Darum meinte der deutsche Bundesgesundheitsminister Jens Spahn folgerichtig: „Wir werden lernen müssen, mit diesem Virus zu leben.“⁵⁹ Es wird also darum gehen, einen Modus Vivendi zu finden, um das Virus in die Schranken zu weisen und zugleich Gestaltungsmöglichkeiten zu erschließen.

Wissenschaftliche Rationalität hat freilich nicht nur Hochschätzung erfahren, sondern ist auch an ihre Grenzen gestoßen, nicht nur, weil die Gefährdung noch nicht gebannt ist, sondern auch, weil Wissenschaft und ihre Ergebnisse prinzipiell angezweifelt werden. Das gilt nicht nur für die Vertreterinnen und Vertreter von Verschwörungstheorien, sondern auch für die vielen Impfgegnerinnen und -gegner, die Skepsis verbreiten und sowohl Nebenwirkungen fürchten als auch von Wissenschaft uneingeschränkte Sicherheit verlangen. Dennoch scheinen die Rolle, die Hermann Lübbe der „Religion nach der Aufklärung“ zugewiesen hat, nämlich „Kontingenzbewältigungspraxis“⁶⁰ zu sein, nun Medizin und Biowissenschaften übernommen zu haben. Freilich bedienen sie sich anderer Mittel und sparen Transzendenz aus, versprechen aber höhere, bloß biologisch steuerbare und rein immanente Lebenssicherheit, deren nicht erreichtes Fernziel die Überwindung des Todes ist. Zum einen unterliegt die Medizin damit einer strengen gesellschaftlichen Funktionalisierung, nach der sie zwar Lebens- oder wenigstens Überlebenssicherheit garantieren soll, aber tendenziell die Lebensqualität zugleich an den Rand des Blickfeldes rückt. Zum anderen ist trotz aller Erfolge, die niemand missen möchte, durch die COVID-19-Pandemie „die, naturgeschichtliche‘ Normalität massenhaften Sterbens“⁶¹ in Erinnerung gerufen worden und neu im Gedächtnis haften geblieben. Wissenschaft kann Kontingenz nach wie vor nicht bewältigen, wenn auch Menschen reicher Industrienationen, die den Großteil der Impfdosen weltweit aufgekauft haben, auf mehr Sicherheit hoffen dürfen als jene, denen dieser Zugang fehlt.

Wenn empirische Belege, Evidenzen und vermeintlich allgemeingültige Objektivität die Glaubwürdigkeit und Anerkennung eines Wirklichkeitszugangs bestimmen, so können Erfahrungswissenschaften den Bonus hoher Akzeptanz für sich verbuchen. Spekulative Sinngebungen oder solche mit Transzendenzbezug haben hingegen wenig Chancen, gehört oder gar ernst genommen zu werden. Religiöse Heilsversprechen scheitern sehr oft an der Schwierigkeit, dass das Zugesagte entweder ausbleibt oder seine

59 Spahn, Wir werden lernen müssen.

60 Lübbe, Religion, 149.

61 Liebsch, Soziales Leben, 71.

Ankunft immer wieder verschoben werden muss. Die COVID-19-Pandemie hat neuerlich gezeigt, dass religiöse Versprechen, die von Heilsgewissheit ausgehen, in einer solchen Krise ungläubwürdig erscheinen, wenn die versprochene Sicherheit nicht angesichts der empfundenen Heilsnot relativiert wird: Religiöse Heilzusagen lassen sich nur mehr im Modus der Hoffnung geben. Um ihre Glaubwürdigkeit nicht zu verlieren, ist es darüber hinaus notwendig, dass das in jeder Hoffnung antizipierte Heil konkret, also nicht länger allein auf die Zeit nach dem Tod oder ins weltgeschichtliche Eschaton verlegt wird, sondern für die Kranken und deren Angehörige hier und jetzt spürbar, also wirklich wird. Behandlung, Pflege, Beistand, Begleitung, Besuch oder Gespräch müssen sich vor Ort als heilsam erweisen, wenn die Heilskategorie nicht schal oder inhaltsleer werden soll.

Hoffnung lässt sich dennoch nicht loslösen vom zeitlichen Aspekt der Zukunft und der Vorläufigkeit des Gegenwärtigen. Denn konkretes gegenwärtiges Heilswirken bleibt begrenzt. Darum werden weder bloße Vertröstung noch der Traum, selbst endgültige Sicherheit bieten zu können, der Hoffnung auf religiöses Heil gerecht. Zum einen duldet das Gute keinen Aufschub, weil es als reale Möglichkeit selbst den Anspruch stellt, schon jetzt verwirklicht werden zu sollen. Zum anderen steht jedes Bemühen vor der Möglichkeit des Scheiterns, weil sich Gott selbst für Gläubige immer wieder anders zeigt und verbirgt, als sie sich das wünschen.⁶²

Menschliche Kontingenz – das ist durch die COVID-19-Pandemie sichtbar geworden – hat viele Gesichter und ist nicht so schnell aus der Welt zu schaffen, sondern bleibt bis auf Weiteres Konstituens menschlichen Daseins. Individuell und kollektiv scheint sich Kontingenz-Erfahrung sogar verstärkt zu haben und mit ihr das Bewusstsein, dass zu existieren, Forschung zu betreiben oder sein Leben religiös zu vollziehen alles andere als selbstverständlich ist. Es bleibt nur zu hoffen, dass Endlichkeit bald nicht mehr nur als vor allem negative, sondern auch als positive Kontingenz zu erfahren sein wird, sodass menschliches Dasein als Möglichkeit, Leben zum Guten zu wenden, wieder stärker in den Vordergrund treten kann.

62 Vgl. Bahr, *Woran glauben*.

Literatur

- Aristoteles: *Ethica Nicomachea. Recognovit brevique adnotatione critica instruit* I. Bywater, Oxford: Clarendon 1894.
- Aristoteles: *Nikomachische Ethik*. Übersetzt und herausgegeben von Gernot Krappinger, Stuttgart: Reclam 2017 (= Reclams Universal-Bibliothek 19448).
- Bahr, Petra: *Woran glauben wir jetzt?*, in: *Die Zeit* Nr. 24 (2020), <https://www.zeit.de/2020/24/glaubenskrise-religion-coronavirus-polizeigewalt-anschlaege>. [26.07.2021]
- Bostrom, Nick: *Die Zukunft der Menschheit. Aufsätze*. Aus dem Englischen von Jan-Erik Strasser, Berlin: Suhrkamp 2018 (= stw 2245).
- Bundesstelle für Sektenfragen: *Das Phänomen Verschwörungstheorien in Zeiten der COVID-19-Pandemie*. Bericht der Bundesstelle für Sektenfragen an die Bundesministerin für Frauen, Familie, Jugend und Integration, Wien 2021, https://bmi.gv.at/bmi_documents/2632.pdf. [09.08.2021]
- Corona steigert Glaubwürdigkeit der Forschung, in: *Forschung & Lehre* (18.06.2020), <https://www.forschung-und-lehre.de/zeitfragen/corona-steigert-glaubwuerdigkeit-der-forschung-2872/>. [09.08.2021]
- Descartes, René: *Regulae ad directionem ingenii*. Regeln zur Ausrichtung der Erkenntniskraft. Kritisch revidiert, übersetzt und herausgegeben von Heinrich Springmeyer/Lüder Gäbe/Hans Günter Zekl, Hamburg: Meiner 1973 (= Philosophische Bibliothek 262a).
- Folkers, Andreas: *Vorwegnahme, Herausnahme und Hereinnahme*. Biopolitiken der Immunisierung in der Corona-Krise, in: *soziopolis* (02.04.2020), <https://www.soziiopolis.de/vorwegnahme-herausnahme-und-hereinnahme.html>. [04.08.2021]
- Gräß-Schmidt, Elisabeth: *Der vulnerable Mensch*. Menschsein zwischen Autonomie und Angewiesenheit, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 67 (2021) 145–160.
- Gruber, Franz: *Ist die Sars-Covid-19-Pandemie eine religionsrelevante Krise? Eine Analyse aus systematisch-theologischer Perspektive*, in: *Theologisch-Praktische Quartalschrift* 169 (2021) 263–273.
- Herrmann, Moritz: *Die Brücke zum Licht am Ende des Teichs*. Eine politisch-pandemische Sprachkritik, in: *Die Zeit* Nr. 18 (2021) 61.
- Husserl, Edmund: *Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie*. Eine Einleitung in die phänomenologische Philosophie. Mit einer Einleitung und Registern herausgegeben von Elisabeth Ströker, Hamburg: Meiner 2012 (= Philosophische Bibliothek 641).
- Huth, Martin: *Vulnerabel-sein und -werden: Die Covid-19-Pandemie im Lichte einer Phänomenologie der Vulnerabilität*, in: *Journal Phänomenologie* 54 (2020) 8–27.
- Kierkegaard, Søren: *Die Tagebücher*. 1. 1834–1848. Ausgewählt und übersetzt von Theodor Haecker, Innsbruck: Brenner 1923.

- Kocher, Martin G./Badelt, Christoph: Manifest für eine evidenzbasierte Politik, in: Der Standard (20.11.2019), <https://www.derstandard.at/story/2000111261182/manifest-fuer-eine-evidenzbasierte-politik>. [09.08.2021]
- Kocina, Erich: Die entscheidende Phrase des Rudolf Anschöber, in: Die Presse (14.09.2020), <https://www.diepresse.com/5866842/die-entscheidende-phrase-des-rudolf-anschober>. [26.07.2021]
- Leopoldina: Evidenzbasierte Politikgestaltung, 2019, <https://www.leopoldina.org/themen/evidenzbasierte-politikgestaltung/>. [09.08.2021]
- Liebsch, Burkhard: Soziales Leben und massenhafter Tod. Naturgeschichte, historisches Gedächtnis und menschliche Sterblichkeit, in: Journal Phänomenologie 54 (2020) 66–79.
- Lübbe, Hermann: Religion nach der Aufklärung, Graz: Styria 1986.
- Marten, Rainer: Die Pandemie. Eine philosophische Perspektive, Hamburg: Meiner 2021.
- Metz, Johann Baptist/Kuld, Lothar/Weisbrod, Adolf (Hg.): Compassion. Weltprogramm des Christentums. Soziale Verantwortung lernen, Freiburg i. Br.: Herder 2000.
- Petersen, Thomas: Was Deutschland von der Forschung hält, in: FAZ.NET (18.06.2020), <https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/allensbach-umfrage-was-deutschland-von-der-forschung-haelt-16819668.html>. [09.08.2021]
- Schües, Christina: Corona-Notstand. Immunität und Verletzlichkeit: Über das Verhältnis zweier Paradigmen, in: Journal Phänomenologie 54 (2020) 35–48.
- Spahn, Jens: „Wir werden lernen müssen, mit diesem Virus zu leben.“, in: ZEIT ONLINE (26.02.2021), <https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2021-02/jens-spahn-coronavirus-neuinfektionen-impfung-schnelltests-alltag>. [06.08.2021]
- Tück, Jan-Heiner: Gott in der Krise. Die Corona-Pandemie als theologische Herausforderung, in: Internationale katholische Zeitschrift Communio 50 (2021) 243–259.
- UN Women Deutschland: Warum trifft die Corona-Krise Frauen besonders hart?, <https://www.unwomen.de/aktuelles/corona-eine-krise-der-frauen.html>. [11.08.2021]
- Vik, János: Eine Analyse auf Existenz hin – gerade auch in der Corona-Krise, in: Theologisch-Praktische Quartalschrift 169 (2021) 255–262.
- Was macht die Corona-Krise für die Philosophie so interessant? Stellungnahmen von David Lauer, Olivia Mitscherlich-Schönherr, Nikil Mukerji und Uwe Justus Wenzel, in: Information Philosophie 49/2 (2021) 26–37.
- Wust, Peter: Ungewißheit und Wagnis. Neu herausgegeben im Auftrag der Peter-Wust-Gesellschaft von Werner Schüßler und F. Werner Veauthier. Einleitung und Anmerkungen von Werner Schüßler, Berlin: LIT 2019 (= Edition Peter Wust 1).

Die Interaktions(un)ordnung in der Mit-Corona-Gesellschaft

Michaela Pfadenhauer

Die Effekte der staatlichen Verordnung, Abstand voneinander zu halten, auf Sozialität und Gesellschaft werden soziologisch derzeit erst abgesteckt. Deutlich Distanz zu wahren, wenn Menschen räumlich aufeinandertreffen, fordert die von Erving Goffman (1971) als für gesellschaftliches Miteinander unabdingbare Interaktionsordnung heraus, weil die jeweils als üblich habitualisierten Verkehrsformen Grade von Vertrautheit, Verlässlichkeit und Verschiedenheit anzeigen, die für kommunikatives Handeln konstitutiv sind. Und alles Handeln, das sozial relevant ist, ist Kommunikation, d. h. wechselseitig aufeinander bezogen, Ausdruck des einen und Eindruck des anderen Akteurs zugleich, mit Auswirkungen von nicht nur unmittelbar sozialer, sondern mindestens mittelfristig gesellschaftlicher Bedeutung (Knoblauch 1994; 2017). Die Unordnung der Interaktionsordnung resultiert überdies aus der starken Suggestion, dass sich die für formelle Kontakte symptomatische Distanz in der Online-Begegnung reduziert hat, ohne dass Statusunterschiede und Machtgefälle im gegenwärtig laufenden Sozialexperiment ausgesetzt wären (vgl. Pfadenhauer 2021a).

Leben in der Corona-Gesellschaft – ein Sozialexperiment?

Wenn man will, kann man (auf die Gefahr hin, des Zynismus bezichtigt zu werden) COVID-19 als ein Geschenk an die Soziologie betrachten. Denn wir waren alle Zeug*innen eines breit angelegten Realexperiments, mit dem alle Nationalstaaten auf die ab einem gewissen Verbreitungsgrad exponentiell steigenden Infektionsraten flächendeckend mit Hygiene-Vorschriften bis hin zum totalen Lockdown reagiert haben.

Wie in einem Experiment haben wir bis heute den Untersuchungsraum kaum mehr verlassen, der allen Europäisierungsschritten zum Trotz auf einmal wieder wie selbstverständlich national abgesteckt ist. Rechtlich lässt sich das nachvollziehen, weil das aktuelle COVID-19-Maßnahmengesetz z. B. auf dem Epidemiegesetz von 1913 beruht. Politisch ist kaum nachvollziehbar, dass die Europäisierung der vergangenen Jahrzehnte sich erst beim Impfgeschehen bemerkbar gemacht hat.

Der Logik des Experiments folgt auch die Überprüfung der erlassenen Maßnahmen alle zehn bis vierzehn Tage, um deren Wirksamkeit an der

Entwicklung der Infektionszahlen zu überprüfen. Diese Logik befördert die so genannte „exekutive Politik“, die in Krisen im Vorteil ist (Vobruha 2020, 145). Gemeint ist damit, so die Juristin und Rechtssoziologin Monika Frommel (2021), „eine ohne präzise parlamentarische Vorarbeit über Verordnungen verbindlich handelnde Exekutive. Die jeweiligen Maßnahmen sind schwer kontrollierbar, weil die gesetzlichen Grundlagen schwach und ungenau sind. Gerichten fehlen deshalb die Prüfungsmaßstäbe“. Exekutive Politik geht somit gewissermaßen im Eilschritt an der Legislative vorbei. Begleitet wird sie dabei von einem Diskurs, der Expertokratie/Technokratie befürchtet: In den 1970er Jahren eher von linksliberalen Intellektuellen befeuert, findet sich der Alarmismus, wir würden von einer Expert*innen-Elite regiert, die mit einem Regierungs-Medien-Komplex verschmolzen sei, als fester Bestandteil im populistischen Repertoire.

Politikwissenschaftler*innen wie Andreas Busch (2021) zufolge war bzw. ist diese Politik keine Expertokratie im demokratisch illegitimen Sinn. Sie erfolgt ausgesprochen evidenzbasiert, d. h. auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse, insbesondere der Epidemiologie und Virologie sowie statistischer Modellrechnungen, erst später dann auch der Medizin. Im Drei-Länder-Vergleich war das in Deutschland vorherrschende Institutionen-gestützte System der wissenschaftlichen Politikberatung relativ zu Großbritannien und den USA gesehen das erfolgreichste. Österreich ist nicht ganz mit Deutschland vergleichbar mit Institutionen ausgestattet, weshalb hier der Ruf nach einem Robert-Koch-Institut zu hören war, das in Deutschland allerdings auch immer wieder in die Kritik geraten ist. Jedoch hat die institutionell gebündelte Expertise schneller wirksam werden können als dies in Systemen der Fall war, die stattdessen auf individuelle Strategien wie Chefberater*innen und persönlich zusammengesetzte Think Tanks gesetzt hatten, sofern sich Regierungen nicht überhaupt weitgehend gegen Expertise abgeschottet hatten.

Dem Politologen Simon Hegelich zufolge ist diese evidenzbasierte Politik allerdings mit abnehmender Evidenz, dass die Maßnahmen wirken, in eine Glaubensfrage umgeschlagen. Dies zeigte sich in einer jegliche Kritik zurückweisendem Festhalten am Narrativ „Die Maßnahmen wirken!“. Die Kritikempfindlichkeit dieses Narrativs ist angesichts dessen, dass „Kritik einen ganz normalen Platz im öffentlichen Diskurs hat“ (Hegelich 2021, 306), bemerkenswert. Und Kritikresistenz zeitigt Folgen: Zum einen treibt sie die Gesellschaft auseinander; zum anderen werden Ursachen für steigende Infektionszahlen nicht mehr strukturell, sondern individuell gesucht, d. h. es sind „Einzelne, die sich am gesellschaftlichen Auftrag vergehen“ (Hegelich 2021, 309) – Jugendliche, die Partys feiern; Betuchte, die ihre Zweitwohnsitze aufsuchen; Familien mit Migrationshin-

tergrund, die an hohen Feiertagen ihre Herkunftsorte aufsuchen. Besonders problematisch ist es, wenn diese individuelle Schuldzuweisung mit parteipolitischem Kalkül seitens Regierungsvertreter*innen erfolgt, weil dies sozusagen einen Keil weiter in die Gesellschaft hineintreibt. Auch hier ist es bemerkenswert, dass dies in den ersten Wochen der Pandemie nicht erfolgt ist; erst mit der Rückkehr aus dem Sommerurlaub im Verein mit steigenden Infektionszahlen waren politische Stimmen zu hören, dass das Virus von außen ‚eingeschleppt‘ worden sei.

Im Rahmen dieses gleichsam im Zweiwochenrhythmus nachjustierten realen Sozialexperiments konnten wir die Wirkung neuer Regeln des sozialen Umgangs ebenso wie jene der Irritation von Routinen des Arbeitens teilnehmend beobachten, – gewissermaßen wie in einem Experiment auf Zeit, denn die Rückkehr der bisherigen Normalität war für uns selbstverständlich, weil wir von einem ‚Ausnahmestand‘ ausgegangen sind. Dies war politisch im Übrigen zu keinem Moment der Fall, in gewisser Weise kann – wovon gleich noch die Rede sein wird – sogar von einer Ermächtigung der Bürger*innen die Rede sein. Dennoch war dieser Eindruck eines Einbruchs, bei dem man nur warten muss, bis er vorübergeht, lange Zeit unabweisbar. Das lag und liegt nicht zum wenigsten daran, dass von der Kommunikation der Maßnahmen her darauf verzichtet worden ist und wird, die bereits prognostizierbare zeitliche Ausdehnung der Infektionsentwicklung und die aufgrund von Mutationen sowie ebenso wegen der nachlassenden Immunisierungswirkung von Impfungen prinzipielle Unabgeschlossenheit zu thematisieren.

Im Rahmen dieses Großexperiments ist soziologisch zu fragen, ob die neuen Umgangsformen wie der Ellenbogenschlag und Faustgruß im Verzicht auf Händeschütteln und Umarmen oder das hierzulande sehr ungewohnt geordnete Schlangestehen vor Geschäften die Interaktionsordnung, also die Ordnung, wie sich Menschen begegnen, auf Dauer ändern werden. Beobachtbar ist derzeit nach wie vor eine Irritation im Umgang miteinander, eine Inkompetenz kommunikativen Handelns, etwa was das Einschätzen von Verlässlichkeit des Gegenübers angeht, weshalb das Social Distancing bzw. Distant Socializing eine allgemeine Verunsicherung im Umgang insbesondere Unbekannter miteinander evoziert.

Wir (Soziolog*innen) fragen uns, welche Konsequenzen die mit der weitgehenden Aussetzung der meisten wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Aktivitäten einhergehende Umstellung auf digitale Kommunikationskanäle zeitigt, die in privaten (Interaktionen in der Großfamilie), beruflichen (Arbeit zu Hause) und öffentlichen (religiöse Zeremonien) Situationen stark genutzt wurden. Wie tragen videogestützte Interaktionen zur Aufrechterhaltung der Sozialität während der Pandemie bei? Beobacht-

bar ist derzeit, welche Bedeutung den Institutionen zur Aufrechterhaltung des Betriebs beizumessen ist, insbesondere auch Zeitinstitutionen wie gemeinsame Kaffeepausen, wöchentliche Besprechungen, monatliche Institutsversammlungen etc. In Zeiten von Lockdown und Homeoffice sind Organisationen privatwirtschaftlicher oder öffentlicher Natur nur dadurch als existent erfahrbar (vgl. grundlegend Hitzler/vom Lehn 2019).

Dies kann in diesem realen Sozialexperiment wie unter dem Brennglas beobachtet werden. Allerdings fehlt die systematische Kontrolle der Randbedingungen wie im Labor, weshalb jeweils bestimmte Folgen anders als bei einer künstlichen, detailliert vorausgeplanten Untersuchungsanlage nicht exakt auf ihre jeweiligen Ursachen zurückgeführt werden können: Worin gründet etwa die abnehmende Bereitschaft zur Einhaltung der Hygiene-Auflagen? In Fehlern der Krisenkommunikation, wie medial diskutiert, oder aber in abnehmender Solidarität, was zumindest für die von Michael Corsten und Hanna Haag (2021) untersuchte „Generation Corona“, d. h. die erste volle Social-Web-Generation, nicht haltbar zu sein scheint? Was sind die Ursachen für die abnehmende Impfbereitschaft, die das Austrian Corona Panel Project belegt (vgl. Kittel 2020)? Daten von Johannes Weyer (2020) geben Anlass zur Vermutung, dass Corona-Skepsis und Parteizugehörigkeit korrelieren. Damit wäre das Commitment zu Maßnahmen der Regierung zumindest auch ein Ausdruck von Parteizugehörigkeit, nämlich zu einer jener Parteien, die die Regierung in der Krise stellen. Dies ist kein Problem, solange die Parteien fast wie in einer Expert*innen-Regierung die Maßnahmen gemeinsam tragen. Parteienstreit aber befördert Skepsis und spaltet die Gesellschaft, weshalb eine parlamentarische Auseinandersetzung mit dann von allen getragenen Beschlüssen das demokratische Mittel der Wahl wäre.

Besonders auffällig war bei diesen Bemühungen um flächendeckendes Commitment, dass es nicht Ärztinnen und Ärzte, sondern Repräsentant*innen der Politik waren, die uns Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit erklärt haben, was Frommel (2020) als „Volkspädagogik“ bezeichnet hat. Nicht nur werden wir dergestalt von Politiker*innen statt von Ärzten und Ärztinnen als Patient*innen adressiert (vgl. nochmals Pfadenbauer 2021a); die Kontaktbeschränkungen und Distanzregeln, insbesondere aber der Mund-Nasen-Schutz versetzt uns in die Rolle von (zumindest potenziell) Kranken. Nun ist die Krankenrolle – rollentheoretisch betrachtet – nicht mit Hilflosigkeit und Passivität zu verwechseln, sondern impliziert den aktiven Part des Wiedererlangens oder Erhaltens von Gesundheit, den die meisten von uns bereitwillig übernommen haben. Professionssoziologisch ist diesbezüglich von einem „Arbeitskonsensus“ (Goffman 1971, 17) zwischen professionell Tätigen und Klient*innen die

Rede (Pfadenhauer 2003, 150). Die Krankenrolle impliziert aber eben auch den Bedarf an stellvertretender Deutung durch die ärztliche Profession, die im Falle des Rat-Befolgens zum Gesundheitsstatus zurückführt.

Der Übergang von Gesundheit zu Krankheit (und zurück) kann als Ritualprozess beschrieben werden, wie er sozialanthropologisch als „rite des passage“ (van Gennep 1960/1909) konzipiert worden ist. Demnach liegt zwischen dem Ritus der Absonderung und der Wiedereingliederung in die Sozialordnung eine Schwellenphase, die mit einem Statusverlust (zum Beispiel Kind/nicht mehr Kind, gesund/nicht mehr gesund) einhergeht, ohne dass der neue Status (erwachsen bzw. wieder gesund) schon erreicht ist. Ausdrucksstarkes Symbol für diese Übergangsphase, in der sich die Mit-Corona-Gesellschaft derzeit befindet, ist die Maske, die uns im Sinne dessen, was Victor Turner (2008) als „liminal“ bzw. „liminoid“ bezeichnet, vergemeinschaftet, wobei es sich in komplex strukturierten Gesellschaften wie der unseren maximal um eine zeitlich begrenzte „Vergemeinschaftung“ (Hitzler et al. 2008) handeln kann. Schon Turner legt *communitas* prozesshaft bzw. Gesellschaft als ein „System kommunizierender Röhren an: Wird die Gleichheit der Gemeinschaft betont, so entsteht unweigerlich ein Druck, mehr Struktur zu schaffen“ (Förster 2003, 7).

Diese Struktur wird in Österreich derzeit als „3G“ kommuniziert: Neben die Genesenen treten die Getesteten und in der letzten Zeit vermehrt auch die Geimpften. Für alle aber gilt, dass der Status vergänglich ist: am klarsten ist das (im Sinne von einsichtig ebenso wie diskutiert) – bei den Getesteten, deren Zustand nur eine Momentaufnahme ist. Die beiden anderen Gruppen sind unklar umrissen: wie lange hält die Immunisierung durch Erkrankung, wie lange die durch die Impfung – und das auch noch unterschiedlich je nach Impfstoff?

In der ‚Schule des Vergleichens‘

Bleibt man in der Logik des Experiments, kann man es in methodischer Hinsicht enttäuschend finden, dass sich die exekutive Politik der Länder immer mehr einander angenähert hat. Denn für ein methodologisch einwandfreies Ergebnis wären Kontrollgruppen das Mittel der Wahl: also mindestens ein Staat, der vollständig auf Maßnahmen verzichtet, während anderswo deutlich abweichende Mittel zur Pandemiebekämpfung eingesetzt werden als im Mainstream der Länder (für Europa war Schweden so ein Fall, wobei die mediale Berichterstattung weit mehr das Annähern als die Abweichung verbreitet hat).

Ein solcher methodologisch-methodischer Blick auf Corona mutet zynisch an, fördert aber zutage, dass Staaten nicht wirklich vergleichbar sind,

weil sich ihre Gesundheitssysteme ebenso wie ihre Kulturen im Hinblick auf Tradition und Geselligkeit deutlich unterscheiden. Ivan Krastev (2020, 63) beschreibt diese Strategie-Anpassung als auf Ungewissheit reagierende „Nachahmungspolitik“. Als Nährboden für diese unter dem Gesichtspunkt der Nichtvergleichbarkeit unverständliche und auch problematische Nachahmungspolitik sieht er die Echtzeit-Beobachtung, unter der sich Regierungen wähnten: Die täglich bereits im Ländervergleich gemeldeten Zahlen vermitteln uns Bürger*innen den Eindruck, die Wirkung von Maßnahmen vergleichend beurteilen zu können.

Das Paradoxon der Corona-Krise liegt darin, dass sie nicht nur die Staaten durch außerordentliche Vollmachten ermächtigt hat, sondern auch jedem einzelnen Bürger eine gewisse Ermächtigung verleiht: durch die Möglichkeit, zu urteilen, ob seine Regierung sich besser oder schlechter schlägt als andere. (Krastev 2020, 64)

Dementsprechend ist der Historikerin Angelika Epple (2020, 25) recht zu geben, dass „wir seit Corona in der Schule des Vergleichens [leben]. [...] Wir sind Augenzeug*innen, wie mithilfe von Vergleichen Orientierung gesucht, gefunden und begründet wird. Methodische Finessen des statistischen Vergleichens werden diskutiert, die Aussagekraft der Zahlen angezweifelt, um anschließend weiter zu vergleichen“. Problematisch ist daran einerseits das, was Epple (2020, 32) „Objektivismus“ nennt, das heißt die Überbewertung der Objektivität der Vergleiche, die sie derzeit beim politischen Vergleichen am Werke sieht; andererseits „die Überbetonung des Konstruktivismus“. Hier wird der Umstand, dass Vergleiche immer einen Konstruktionsaspekt implizieren, mit Beliebigkeit verwechselt, was „die Gefahr der Verschwörungstheorien und fake news [birgt]“ (Epple 2020, 32).

Diese unser aller Vergleichsperspektive hat einen Globalisierungseffekt: Üblicherweise verstehen wir unter Globalisierung „grenzüberschreitende Verbindungen“ (Heintz 2016, 318). Bettina Heintz bezeichnet neben „strukturellen Vernetzungen“ auch Vergleiche als „Globalisierungsmechanismus“. Dabei handelt es sich auch um Verknüpfungen, die auf einer kulturellen Ebene angesiedelt sind, insofern die „vergleichenen Einheiten über ein Vergleichskriterium in einen Sinnzusammenhang gebracht werden“. Ihr Beispiel sind internationale Hochschulrankings. Aus der Forschung wissen wir, dass Hochschulsysteme nicht wirklich vergleichbar sind, weil die Bedingungen in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich sind – zuvorderst wegen den Studiengebühren, die Universitäten sehr unterschiedlich finanzstark machen. Universitäten nehmen sich seither aber

als Wettbewerber wahr, wobei die früher begrenzte, lokale Konkurrenz generalisiert wird.

Da in ihnen häufig das Vergleichsmoment gebündelt wird, kommt globalen Zahlen, aktuell dem Inzidenzwert, eine besondere Wirkmacht zu. Aber Zahlen sind nur die Form, wie der Vergleich kommuniziert wird. Über diese „Kommunikationsform“ (Heintz 2016, S. 317) hinaus ist es der Vergleichszusammenhang selbst, der Wirkung entfaltet: nämlich Anpassung ohne weitere Steuerungsmaßnahmen im Falle von Universitäten bzw. Nachahmungspolitik im Falle von Regierungen.

Das Real-Experiment tangiert mit Contact Tracing einerseits, mit Ausgangssperren andererseits den zumindest von staatlichem Eingriff her weitgehend als sicher gehaltenen Schutz des Privaten: Zum einen wird das, was im privaten Nahraum passiert, selbst dann, wenn den Ordnungskräften ein Zugriff verboten ist, zum Gegenstand öffentlich-staatlichen Interesses; zum anderen ist das Patient*innen-Geheimnis berührt, wenn die Infektion einer Person meldepflichtig wird und im Zuge einer ‚Kontaktverfolgung‘ nicht nur Bewegungen in Raum und Zeit, sondern das Sozialverhalten zur Disposition steht (wer macht was wann wo – mit unangenehmen Formen des Vernaderns), wie Fälle derart angeprangerter Super-Spreader deutlich machen.

Die Corona-App ist die in der Logik einer Gesellschaft, die Steffen Mau (2017) der Logik des Vergleichens entsprechend als „metrisches Wir“ beschrieben hat, die folgerichtige Antwort. Von dieser Seite her schien uns unter dem Gesichtspunkt des Datenschutzes der Schutz der Privatsphäre geboten, wobei fraglich ist, ob mehr Gefährdung vom demokratischen Staat oder von den privatwirtschaftlichen Interessen kommerzieller Konzerne ausgeht, gepaart mit unserer aller freigiebigen Bereitschaft zur Preisgabe der Daten. Die Angst davor, zum ‚gläsernen Bürger‘ bzw. zur ‚gläsernen Bürgerin‘ zu werden, hat dazu geführt, dass sich im Zuge zäher Verhandlungen, die in der *Zeit* vom 18. Juni 2020 als „Digitalexperiment“ beschrieben werden, eine Koalition aus „Weltkonzernen mit deutschen Hackern, IT-Forschern und Datenschützern gegen die zentrale Datenspeicherung“ gebildet hat, in deren Folge sich in Deutschland (ebenso wie in Österreich und vielen anderen Ländern) eine dezentrale und datenschutzfreundliche Lösung durchgesetzt hat.

Warum aber hat sich deren Nutzung trotz gesundheitspolitischer Werbebotschaften nicht flächendeckend verbreitet? Gerade im Hinblick auf Digitalisierung definiert die EU Ansprüche an den Datenschutz, der für Konzerne weltweit Standards setzt, was Ann Bradford (2020) als „Brüssel-Effekt“ bezeichnet hat. Die Zurückhaltung gegenüber der Nutzung der Corona-App in vielen europäischen Ländern zeigt, dass dieser Effekt mit

der von Armin Nassehi (2019) als „Unbehagen an der digitalen Kultur“ bezeichneten Kulturkritik Hand in Hand geht, die sich – anders als von Nassehi (2020) gemutmaßt – trotz aller Videokonferenz-Euphorie auch unter Bedingungen der Pandemie nicht in ihr Gegenteil verkehrt.

Die Corona-Pandemie – anders als frühere Pandemien?

In jeder anderen Hinsicht war Digitalisierung die uneingeschränkt akzeptierte Lösung nicht nur beim Homeschooling und -teaching sowie im Homeoffice, sondern auch bei der täglichen gegenseitigen Begleitung in Chats und Social Media Groups aller Art. Ähnlich wie millionenfach verschickte Kettenbriefe mit Aufrufen zu Solidarität, die auch nach Naturkatastrophen üblich sind, sind Solidaritätsbekundungen eine – nun in digitalem Gewand – altbekannte Antwort auf die als ein gänzlich neues Phänomen wahrgenommene Pandemie. Insbesondere beim ersten Shutdown im März/April 2020 war der Eindruck des Noch-nie-Dagewesenen atemberaubend.

Wie uns der Blick zurück auf die Spanische Grippe vor hundert Jahren und auf die vom 14. bis zum 18. Jahrhundert in Europa wütende Pest lehrt, sind weder Pandemien noch die aktuell angewendeten Strategien zu deren Bewältigung historisch neu oder „dem autoritären China abgeschaut. Ausgangsverbote, Quarantäne, das Herunterfahren wirtschaftlicher Aktivitäten, Versammlungsverbote, selbst das Abschotten ganzer Städte und Regionen, wie in Norditalien, sind Erbe der europäischen Tradition im Umgang mit Epidemien“ (Mauelshagen 2020, 38).

Auch nicht neu ist, dass der aktuelle ebenso wie die Krankheitserreger früherer Zeiten grundsätzlich erstmal keine Rang- und Statusunterschiede kennt. Dies hat die Mär vom Virus als Gleichmacher beflügelt, bevor erkennbar wurde, dass zwar jede und jeder angesteckt werden kann, es aber einen gravierenden Unterschied macht, ob das Virus ein wohlbehütet isolierbares Individuum möglicherweise gar öffentlichen Interesses befällt oder ob es sich bei fließbandartigen Arbeitsbedingungen in engen Fabrikhallen unter der gesamten Belegschaft verbreitet, die zudem beengte Wohnverhältnisse teilen, unter denen die Quarantäne für jede*n Einzelne*n existenzgefährdend sein kann.

Jedoch auch ohne absoluten Neuigkeitswert ist die Einordnung der Corona-Pandemie als Krise nicht zu hoch gegriffen, weil Prozesse zu gewärtigen sind, die „die ‚Grammatik‘ sozialer Prozesse verletzen“ (Offe 1973, 199). ‚Krise‘ als alltäglich und medial inflationär gebrauchten Begriff reserviert Joris Steg (2020, 432) für „Phasen, in denen die Struktur, die Funktionsfähigkeit oder der Bestand [...] eines sozialen Zusammenhangs

gefährdet sind“. Zum einen dürften die Strategien der Pandemieeindämmung eine erhebliche Verschärfung sozialer Ungleichheit nach sich ziehen, die manche Beobachter*innen auf eine endgültige Spaltung der Gesellschaft zulaufen sehen. Zum anderen sind Verletzungen der Prozesse der sozialen Grammatik auf der Ebene kommunikativer Prozesse zu beobachten.

Über seine unmittelbare Funktion hinaus ist der Mund-Nasen-Schutz nicht nur eine permanente Gedächtnisstütze, in diesem Sinne also ganz unmittelbar eine *Storage Unit* (Turner 2008 [Erstausgabe 1968], 1f.), sondern Ausdruck einer Statusdegradierung zwischen gesund und krank, der uns mit gravierenden Konsequenzen für die bisherige Interaktionsordnung maskiert und in unseren bisher gängigen Ausdrucksmöglichkeiten beschränkt (vgl. auch Löw/Knoblauch 2020). Die Elemente einer neuen Interaktions- und Sozialordnung sind noch nicht ausgemacht.

Die Kehrseite der exekutiven Politik ist das Warten auf amtliche Verordnungen, die kaum nachkommen und nicht alle Fälle regeln können, ganz abgesehen davon, dass diese Verrechtlichung nicht erstrebenswert ist. Wie aber regeln wir dann – mit Höflichkeit, gesundem Menschenverstand, offenen Absprachen – unser Miteinander?

Gewissheit war früher

Die gegenwärtige Krise, die sich allein in ihrer akuten Phase noch weit in 2021 hineinzieht, ist einer jener

Momente, in denen sich unsere Gewissheiten auflösen und sich unsere kollektive Vorstellung von dem, was möglich ist, dramatisch ändert. Die Menschen beginnen, die Gegenwart zu ignorieren und stattdessen über die Zukunft nachzudenken – die Zukunft, die sie sich erhoffen, oder die Zukunft, die sie fürchten. (Krastev 2020, 22)

Dies entbehrt nicht einer gewissen Ironie. Denn die Pandemie – hier bezieht sich Krastev (2020, 22) auf *Die Pest* von Albert Camus – „löschte ‚die Erfahrung des persönlichen Lebens‘ aus, indem sie einem jeden die eigene Verletzlichkeit und Machtlosigkeit, die Zukunft zu planen, vor Augen führte“.

Der Historiker Benjamin Scheller weist darauf hin, dass sich frühere Pandemien wie der Schwarze Tod nur begrenzt als Vorbilder eignen. Am häufigsten diene – auch seitens Epidemiolog*innen und Virolog*innen – die Spanische Grippe von 1918 bis 1919 als Vergleichsmaßstab. Bettina Heintz beschreibt in ihrer Soziologie des Vergleichens Analogien als „Ordnungstechniken, die zwischen dem Entferntesten Ähnlichkeiten kon-

statieren: jedes Element findet in anderen Elementen seine Entsprechung. Unterschiede werden abgeschwächt und in ein System von Homologien eingeordnet“. Analogiebildungen sind heute deshalb der Scheinargumentation verdächtig und unterliegen der wissenschaftlichen Beweisspflicht, mit der sie sich selten als haltbar erweisen; dennoch haben sie während der Corona-Pandemie eine nicht unerhebliche Rolle gespielt: So soll es der Bezug auf die historische Analogie der Spanischen Grippe gewesen sein, die der Virologe Christian Drosten im März 2020 nach der Lektüre einer Studie zu dieser Grippe während einem Zusammentreffen mit Repräsentanten der Regierung gezogen hat, der die schnelle allgemeine Schulschließung in Deutschland zur Folge gehabt habe. Die Geschichte biete aber keine Präzedenzfälle, so Scheller (2021, 263), „aus ihr lasse sich vor allem lernen, eine Zukunft zu erwarten, die völlig anders sein wird als die Vergangenheit und sich deren Andersartigkeit wenigstens in groben Umrissen vorzustellen“.

Historische Analogiebildung ist eine Form „reaktiver Kontingenzbewältigung“ (Scheller 2021, 259) unter Bedingungen, in denen uns mangels Erfahrungen die Möglichkeit abhandengekommen ist, Erwartungen im Hinblick auf die Zukunft auszubilden. Wenn der Begriff der Erwartung – mit Reinhart Kosellek (1979, 255) gesprochen ist Erwartung „vergegenwärtigte Zukunft“ – immer ein „Moment der Gewissheit zum Ausdruck“ bringt (Luhmann 1983, 362), dann zeugen die Analogien, so hinkend sie sein mögen, vor allem von Ungewissheit. Denn „Quellen von Gewissheit“, wie Angelika Pofert (2018) Helmuth Plessner zitiert, liegen nicht im Denken, in der reinen Vernunft und der Wissenschaft, sondern in körperlich-sinnlichen, gegenstandsbezogenen Erfahrungen der Lebensweltlichkeit des Alltags.

Von daher werden wir nicht in einer Post-Corona-Gesellschaft, sondern in einer Mit-Corona-Gesellschaft leben. Denn nicht nur wird das *Covid-19-Virus* in seiner Wechselbalg-Gestalt Teil unserer Wirklichkeit bleiben. Die Erfahrung unseres Umgangs damit wird Teil unseres gesellschaftlichen Wissensbestands sein und sich auch tief ins kollektive wie individuelle Bewusstsein eingeschrieben haben. Daraus wird sie gelegentlich – eher zu unpassenden Gelegenheiten – wiederauftauchen und uns einen Anflug von Unsicherheit spüren lassen, wie ein kalter Zug, der einen in der Situation so unmerklich anweht, dass man ihn kaum lokalisieren kann, aber einen steifen Hals beschert, an dem man lange laboriert. Gut vorstellbar ist, dass wir das Abhandenkommen von Zukunft, das Camus als beklemmende Erfahrung einer ‚geschlossenen Gesellschaft‘ beschrieben hat, durch hohen Planungseifer kompensieren werden. Aber in vielen unserer Zukunftsentwürfe wird eine Verunsicherung mitschwingen, die daher rührt,

dass wir in unserer nachgerade bräsigen Gewissheit erschüttert wurden. Für unsereins unvorstellbar mussten wir erfahren, dass Gewissheiten des Und-so-Weiter und Ich-kann-immer-Wieder (Schütz/Luckmann 1979, 72), derer wir vor der Pandemie so überdrüssig waren, dass wir gern aus ihnen ausgebrochen wären, nie mehr als ein *Taken-for-granted*, d. h. lebensweltliche Idealisierungen, sind (vgl. grundlegend Pfadenhauer 2021b).

In diesem Sinne werden gerade wir individualisierten Akteur*innen, die wir alle Weichenstellungen unseres Lebens ausschließlich von unseren persönlichen Entscheidungen abhängig sahen, so manches als nicht mehr fraglos garantiert ansehen: unseren vor staatlichem Eingriff geschützten Nah-Raum etwa. Wir müssen uns deshalb darauf einstellen, dass mit der Ungewissheit der Mit-Corona-Gesellschaft bei allem vielleicht überstürzten Rückfall in alte Gewohnheiten die allgemeine Verunsicherung, die viel existenzieller ist als die einer postmodernen Unübersichtlichkeit, uns deshalb für geraume Zeit begleiten wird.

Literatur

- Bradford, Anu: *The Brussels Effect. How the European Union Rules the World*, Oxford: Oxford University Press 2020.
- Busch, Andreas: Wissen allein genügt nicht. Die Nutzung von politikberatenden Institutionen während der Corona-Pandemie im Vergleich, in: Florack, Martin/Korte, Karl-Rudolf/Schwanholz, Julia (Hg.): *Coronakratie. Demokratisches Regieren in Ausnahmezeiten*, Frankfurt/New York: Campus 2021, 283–293.
- Corsten, Michael/Haag, Hanna: Was soll das Gerede von der „Generation Corona“?, in: *Soziologische Perspektiven auf die Corona-Krise. Digitales Kolloquium am 11.02.2021*, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, <https://corona.sozioogie.blog.wzb.eu/podcast/michael-corsten-und-hanna-haag-was-soll-das-gerede-von-der-generation-corona/>.
- Endreß, Martin/Niessen, Silke/Vobruba, Georg: *Aktualität der Demokratie*, Weinheim: Beltz Juventa 2020.
- Epple, Angelika: Die Schule des Vergleichens und die Suche nach der Wahrheit wissenschaftlicher Fakten, in: Volkmer, Michael/Werner, Karin (Hg.): *Die Corona-Gesellschaft. Analysen zur Lage und Perspektiven für die Zukunft*, Bielefeld: Transkript 2020, 25–33.
- Förster, Till: Victor Turners Ritualtheorie, in: *Theologische Literaturzeitung* 128, 7/8 (2003) 703–716.
- Frommel, Monika: Corona-Politik 2020 – ein schmaler Grat zwischen kluger Einschränkung und überzogener Panik, in: *Neue Kriminalpolitik* (H. 2/2020) 113–123.
- Frommel, Monika: Die zweite Welle der Corona-Politik – ein Rückblick. Unveröffentlichtes Manuskript 2021.

- van Gennep, Arnold: *The Rites of Passage*, Chicago/London: University of Chicago Press 1960.
- Goffman, Erving: *Interaktionsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation*, Frankfurt am Main: Suhrkamp 1971.
- Hegelich, Simon: Evidenzbasiertes Regieren: Von klaren Zielvorgaben in der Corona-Politik zur Glaubensfrage, in: Florack, Martin/Korte, Karl-Rudolf/Schwanzholz, Julia (Hg.): *Coronakratie. Demokratisches Regieren in Ausnahmezeiten*, Frankfurt/New York: Campus 2021, 295–310.
- Heintz, Bettina: „Wir leben im Zeitalter der Vergleichung.“ Perspektiven einer Soziologie des Vergleichs, in: *Zeitschrift für Soziologie* 45/5 (2016) 305–323.
- Hitzler, Ronald/vom Lehn, Dirk: Organisation als subjektive Erfahrung. Ein Phänomenologie-basierter Beitrag in konzeptionell ergänzender Absicht, in: Pfadenbauer, Michaela/Scheibelhofer, Elisabeth (Hg.): *Interpretative Sozial- und Organisationsforschung*, Weinheim: Beltz Juventa 2020, 252–269.
- Hitzler, Ronald/Honer, Anne/Pfadenbauer, Michaela (Hg.): *Posttraditionale Gemeinschaften. Theoretische und ethnografische Erkundungen*, Wiesbaden: Springer VS 2008.
- Kirschner, Heiko/Hitzler, Ronald: Die Medialisierung der Interaktionsordnung und die Ordnung mediatisierter Interaktion. Über digitale Herausforderungen des Goffmanschen, in: Lessenich, Stephan (Hg.): *Geschlossene Gesellschaften. Verhandlungen des 38. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Bamberg 2016*, veröffentlicht am 30.09.2017 unter https://publikationen.sozio.de/index.php/kongressband_2016/article/view/527.
- Kittel, Bernhard: Die Erosion der Impfbereitschaft in der österreichischen Bevölkerung. Corona-Blog 87 (2020), <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitragce/blog87/>.
- Knoblauch, Hubert: Erving Goffmans Reich der Interaktion, in: Goffman, Erving (Hg.): *Interaktion und Geschlecht*, Frankfurt/M.: Campus 1994, 7–49.
- Knoblauch, Hubert: *Die kommunikative Konstruktion der Wirklichkeit*, Wiesbaden: Springer VS 2017.
- Kosellek, Reinhart: *Vergangene Zukunft. Zur Semantik geschichtlicher Zeiten*, Berlin/Frankfurt/M.: Suhrkamp 1979.
- Krastev, Ivan: *Ist heute schon morgen? Wie die Pandemie Europa verändert*, Berlin: Ullstein 2020.
- Löw, Martina/Knoblauch, Hubert: Dancing in Quarantine. The Spatial Refiguration of Society and the Interaction Orders, in: *Space and Culture* 23/3 (2020) 221–225.
- Luhmann, Niklas: *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*, Berlin/Frankfurt/M.: Suhrkamp 2003.
- Mau, Steffen: *Das metrische Wir. Über die Quantifizierung des Sozialen*, Berlin: Suhrkamp 2017.
- Mauelshagen, Franz: Das Antlitz des Leviathan, in: Volkmer, Michael/Werner, Karin (Hg.): *Die Corona-Gesellschaft. Analysen zur Lage und Perspektiven für die Zukunft*, Bielefeld: Transkript 2020, 37–44.

- Nassehi, Armin: *Muster. Theorie der digitalen Gesellschaft*, München: C.H. Beck 2019.
- Nassehi, Armin: Soziologe Nassehi: „Zerstreuung ist zivilisatorische Errungenschaft“ (Interview von Lisa Nimmervoll), in: *Der Standard* (26.03.2020), <https://www.derstandard.at/story/2000116158197/soziologe-nassehi-zerstreuung-ist-zivilisatorische-errungenschaft>.
- Offe, Claus: *Krisen des Krisenmanagements. Elemente einer politischen Krisentheorie*, in: Jänicke, Martin (Hg.): *Herrschaft und Krise. Beiträge zur politikwissenschaftlichen Krisenforschung*, Opladen: Westdeutscher Verlag 1973, 197–223.
- Pfadenhauer, Michaela: *Professionalität*, Opladen: Leske+Budrich 2003.
- Pfadenhauer, Michaela: Die Macht mediatisierter Kommunikation in persönlichen Öffentlichkeiten, in: Schröer, Norbert/Bidlo, Oliver/Keysers, Verena/Roslon, Michael (Hg.): *Kommunikationsmacht*, Weinheim: Beltz Juventa 2021a, 59–68.
- Pfadenhauer, Michaela: Von entrückter Gewissheit zum gewissen Etwas. Eine Hinleitung zur Wissenssoziologie, in: Dimbath, Oliver/Pfadenhauer, Michaela (Hg.): *Gewissheit. Beiträge und Debatten zum 3. Sektionskongress der Wissenssoziologie*, Weinheim: Beltz Juventa 2021b, 20–29.
- Poferl, Angelika: Wissensrelationen. Einführung in das Kongressthema, in: Poferl, Angelika/Pfadenhauer, Michaela (Hg.): *Wissensrelationen. Beiträge und Debatten zum 2. Sektionskongress Wissenssoziologie*, Weinheim: Beltz Juventa 2018, 23–28.
- Scheller, Benjamin: Die Pest, die spanische Grippe und eine seltsame Niederlage. Vom Nutzen und Nachteil historischer Analogien in Zeiten von Covid-19, in: Florack, Martin/Korte, Karl-Rudolf/Schwanholz, Julia (Hg.): *Coronakratie. Demokratisches Regieren in Ausnahmezeiten*, Frankfurt/New York: Campus 2021, 257–268.
- Schütz, Alfred/Luckmann, Thomas: *Strukturen der Lebenswelt*, Frankfurt/M.: Suhrkamp 1979.
- Steg, Joris: Was heißt eigentlich Krise?, in: *Soziologie* 49/4 (2020) 423–435.
- Turner, Victor: *The Ritual Process. Structure and Anti-Structure*, New Brunswick/London: Aldine Transaction 2008.
- Vobruba, Georg: Einfachdenken in der komplexen Gesellschaft. Das Volk, die repräsentative Demokratie und der Populismus, in: Endreß, Martin/Nissen, Silke/Vobruba, Georg: *Aktualität der Demokratie. Strukturprobleme und Perspektiven*, Weinheim: Beltz Juventa 2020, 105–155.
- Weyer, Johannes: *Krisenmanagement. Steuerungsfähigkeit des Staates und Akzeptanz der Bevölkerung*, in: *Soziologische Perspektiven auf die Corona-Krise. Digitales Kolloquium am 21.10.2020*, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, <https://coronasozioologie.blog.wzb.eu/podcast/johannes-weyer-krisenmanagement-steuerungsfahigkeit-des-staates-und-akzeptanz-der-bevoelkerung/>.

„Schau auf dich, schau auf mich“: Repräsentationen des Alter(n)s in der Coronakrise

Anna-Christina Kainradl und Ulla Kribernegg

Einleitung

Mit leichtem Wiener Akzent beteuert eine ältere Dame in der ersten Werbespot-Serie der österreichischen Bundesregierung zur Corona-Krise: „Ich schau auf mich, indem ich meinen Enkerln sage, kommts mich momentan nicht besuchen.“ „Geplaudert“ könne ja auch übers Handy werden, und „So steck ich mich nicht an. So bleiben wir alle gesund“ (ORF 2020).

Von Beginn des Ausbruchs der COVID-19-Pandemie an waren ältere Menschen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit, wurde doch schnell klar, dass mit zunehmendem Lebensalter, chronischen Krankheiten sowie Multimorbiditäten die Wahrscheinlichkeit eines schweren Verlaufs von COVID-19 erhöht würde. Und so dreht sich auch diese erste Werbespot-Serie der österreichischen Bundesregierung um ältere Menschen, in diesem Fall eine flotte, grauhaarige Dame in einer bürgerlichen Wohnung, die bittet, auf sie und ihre Gesundheit zu achten und auf Familienbesuche zu ihrem Schutz zu verzichten.

In „Aged by Culture“ (2004) führt Margaret Morganroth Gullette aus, wie sehr das Erleben, die Wahrnehmung und Deutungsmuster des Alter(n)s grundlegend kulturell und in ihrem Umfeld von den impliziten Anthropologien und Normen des Globalen Nordens geprägt sind. Sie wendet damit Erkenntnisse feministischer wie diskursanalytischer Forschung auf die Situation alter Menschen an und entlarvt Narrative des Alterns als Narrative des Verfalls, der Bürde und des Anders-Seins (*Decline, Burden, Other*) in ihrer kulturellen Bedingtheit und engen Abhängigkeit von anderen normativen Leitvorstellungen.

Für ein „Leben-Lernen mit dem Virus“ stellt sich aus Sicht der kritischen Alternswissenschaften daher zuerst die Frage nach der Bedeutung des Alter(n)s in der Coronakrise – und damit die Frage nach kulturellen Repräsentationen und persönlichen Narrativen junger und älterer Menschen in der COVID-19-Pandemie. Welche kulturellen Konstruktionen des Alter(n)s werden in dieser Zeit sichtbar? Einige zentrale Charakteristika werden bereits im Werbespot der österreichischen Bundesregierung deut-

lich: etwa die starke Betonung der Vulnerabilität älterer Menschen. Trotz der Wechselseitigkeit im Slogan „Schau auf dich, schau auf mich“ lässt der Spot die ältere Dame nur davon sprechen, dass sie selbst schutzbedürftig ist. Durch die Linse der kritischen Alterswissenschaften betrachtet, rückt in der Thematisierung des Alters daher neben altersfeindlichen Stereotypen auch die Frage in den Fokus der Aufmerksamkeit, wie beispielsweise in den Video-Spots der österreichischen und der deutschen Bundesregierungen Bedeutungszuschreibungen, implizite Anthropologien, Normen und Werte thematisiert werden. Deren Wurzeln können schon in der Zeit vor der Coronakrise festgemacht werden. Deren Auswirkungen, mit denen zu leben gelernt werden muss, werden jedoch über diese Zeit hinausgehen.

Was fällt nun auf im Sprechen über das Alter(n) während der COVID-19-Pandemie? Welche Veränderungen, Verschiebungen, Verstärkungen in der Thematisierung des Alter(n)s haben stattgefunden, und welche Lerneffekte für ein zukünftiges intergenerationelles Zusammenleben können daraus gezogen werden?

1. Altern vor der Coronakrise

Der demographische Wandel und die zu erwartenden Folgen für Pensions- und Gesundheitssysteme haben schon vor der Pandemie in regelmäßigen Abständen die Medien beherrscht, die ein Bild des Alter(n)s als Risiko, Mangel und gesellschaftliche Bürde gezeichnet haben (vgl. Kriebnernegg 2018; Kainradl/Kriebnernegg 2020). Und auch wenn die soziodemographischen Entwicklungen nicht immer direkt als Ursache wirtschaftlicher Herausforderungen bezeichnet werden, zeigt sich in der diskursiven Konstruktion der „gesellschaftlichen Überalterung“ ein deutlicher Zusammenhang zwischen der steigenden Lebenserwartung, die vor allem seit der Finanzkrise von 2008 nicht mehr als „mixed blessing“, sondern als eher negativ gesehen wird (Phillipson 2015, 2), und verstärkter zu erwartenden ökonomischen Einschränkungen. So wird häufig argumentiert, dass durch die Auflösung des Generationenvertrages und die Veränderungen traditioneller Familienstrukturen wirtschaftliche Herausforderungen zu erwarten seien. Mindestens ebenso herausfordernd ist jedoch auch die krisenhafte Metaphorik, mit der über den steigenden Altersschnitt gesprochen wird. Die „steigende Flut“ älterer Menschen und die gesundheitlichen und

sozialen Probleme, die sie mit sich bringen“¹ (Phillipson 2015, 81) ist, so Phillipson, ein von vielen Regierungen heraufbeschworenes Schreckgespenst („spectre of population ageing“, Phillipson 2015, 81), das dazu verwendet wird, die ökonomischen Einschränkungen zu rechtfertigen, die alle Altersgruppen treffen werden, will man diese Probleme lösen.

Die Bedrohung, die scheinbar von einer rapide wachsenden, anspruchsvollen und relativ wohlhabenden Gruppe von Individuen ausgeht, deren kollektive Abhängigkeit vom Wohlfahrtsstaat die Wirtschaft stark beansprucht und dadurch eine erhebliche Steuerbelastung für jüngere Generationen hervorbringt² (vgl. Katz 1992, 203) stellt der kanadische Sozialgerontologe Stephen Katz in ihrer Negativität schon 1992 in Frage und bezeichnet sie als „alarmist demography“ (Katz 1992, 203). Er begründet deren Bedeutung und Verbreitung mit der sozial konstruierten symbolischen Kategorie „der Alten“ als eigene Bevölkerungsgruppe, eine Entwicklung, die sich für den angloamerikanischen Raum auf das *English Poor Law* des frühen 17. Jahrhunderts sowie die starken Einflüssen malthusianischer Theorien des Bevölkerungswachstums (vgl. Katz 1992, 204) zurückführen lässt. Wie Andrea Charise in ihrem vielbeachteten Aufsatz „Let the Reader Think of the Burden: Old Age and the Crisis of Capacity“ (2012) anhand der Diskussion mehrerer Studien verschiedener Medien deutlich zeigt, haben sich seitdem apokalyptische Metaphern wie etwa die des „silbernen Tsunami“ und der „grauen Flut“ stark in mediale Diskurse über den demographischen Wandel eingeschrieben (Charise 2012, 3).

Die Alten werden dabei als binäres Gegenüber zur Jugend beschrieben und im öffentlichen Diskurs als *die Anderen* kategorisiert (vgl. Kribernegg 2018, 47). Diese Binarität führt zur scheinbar logischen Begründung für „Inklusionen in und Exklusionen aus sozialen Feldern, [...] für die Zuweisung von sozialen Positionen innerhalb von sozialen Feldern“ (Amrhein 2013, 12). Vom normalisierten mittleren Alter ausgehend, werden den „Alten“ spezielle Qualitäten zugeschrieben, die sich besonders in der Beschreibung des alternden Körpers manifestieren (vgl. Twigg 2004, 59). Ge-

-
- 1 Im Original: „The 'rising tide' of elderly people and the health and social problems that they bring“ (Phillipson 2015, 81). Hier sowie im Folgenden wurden englischsprachige Zitate zugunsten der leichteren Lesbarkeit von den Autorinnen des Artikels ins Deutsche übersetzt.
 - 2 „Demographic reports in the media and social policy and professional literature often depict the elderly as a rapidly growing population of needy, relatively affluent individuals whose collective dependence is straining the economies of Western welfare states and creating excessive tax burdens for younger generations“ (Katz 1992, 203).

sundheitsideale des mittleren Alters sowie der fast ausschließlich als physischer Verfall gedeutete Alterungsprozess nehmen in der Konstruktion des Alterns und des alternden Körpers eine zentrale Rolle ein. Der Körper, der in unserer spätmodernen Gesellschaft „einer Selbstkontrolle unterliegt, wie sie in der Vergangenheit nicht der Fall war“³ (Twigg 2004, 61), wird im Alter noch stärker in Zusammenhang mit der bedrohten Gesundheit gebracht und in die individuell-persönliche Verantwortung gestellt (vgl. Phillipson 2015, 88). Gesellschaftliche Rahmenfaktoren geraten mit der individuellen Responsibilisierung jedoch aus dem Blick, oder, wie van Dyk es angesichts der sozialen, gesundheitlichen Ungleichheiten zusammenfasst: „[D]ie Dimension der (gesundheitsförderlichen oder -schädlichen) gesellschaftlichen Verhältnisse tritt dabei zu Gunsten der unablässigen Betonung der Möglichkeiten individueller Verhaltensprävention fast vollständig zurück“ (van Dyk 2020, 122). Zuallererst rufen die körperlichen Veränderungen des Alterungsprozesses dabei nach individuell betriebener Prävention und Aktivierung:

Die Risiken der Inaktivität weisen nicht nur auf Verantwortungslosigkeit hin, sondern begründen auch einen ethischen Imperativ für alternde Körper, sich zu bewegen, aktiv zu sein und von tragbaren Geräten „getrackt“ zu werden, die sowohl messen als auch motivieren.⁴ (Katz/Marshall 2018, 65)

Dabei wird deutlich, dass auch in den Versuchen, eine vorwiegend defizitäre Interpretation des Alter(n)s zu überwinden, wie es ursprünglich durch die Einführung von Begrifflichkeiten wie *Successful Ageing* oder *Active Ageing* (Weltgesundheitsorganisation 2002, 12) intendiert war, ähnliche Mechanismen und „intersubjektiv vermittelte kulturelle Deutungsmuster“ (Schicktanz et al. 2012, 15) weiterwirken, die schon in der Beschreibung des Alter(n)s als Verfall deutlich wurden und zu Marginalisierung und Ausschluss großer Bevölkerungsgruppen beitragen (vgl. Westerink 2009, 51). Die kritische Gerontologie hat sehr deutlich herausgearbeitet, dass „sowohl das Aufweichen naturalisierender Defizitperspektiven als auch die De-Institutionalisierung des Lebenslaufs nicht allein mit einer Deregulierung und einer neuen Optionsvielfalt des Alter(n)s einhergeht“ (van Dyk 2020, 85). Auch wenn diese Konzepte scheinbar sowohl auf individu-

3 „subject to self-scrutiny in a way that was not the case in the past“ (Twigg 2004, 61).

4 „The risks of inactivity, in addition to indicating irresponsibility, ground an ethical imperative for aging bodies to move, be active, and be tracked by wearable devices that both measure and motivate“ (Katz/Marshall 2018, 65).

eller wie auf gesellschaftlicher Ebene nützlich erscheinen, um Integration und Teilhabe älterer Menschen in der Gesellschaft sowie sinnstiftende Aktivitäten zu ermöglichen (vgl. Weltgesundheitsorganisation 2002, 12), kann deren Potential doch auch bezweifelt werden (vgl. van Dyk 2016, 73). Mit Stückler kann sogar konstatiert werden, dass Konzepte, die eine rein negative Sicht des Alterns ablehnen und stattdessen von dessen produktivem Potential sprechen, neoliberale Muster in die Beschreibung des Alter(n)s einbetten. Damit, so Stückler, wird weniger eine Erhöhung von „Lebensqualität“ im Alter verbunden [...] als vielmehr [eine] Reihe von normativen Zwängen, (neuen) sozialen Ein- und Ausschlüssen und sogar ganz neuen Formen der Altersfeindlichkeit und Altersdiskriminierung“ (Stückler 2016, 30f.).

Die Gruppe der älteren Menschen ist dabei großen Unterscheidungen unterworfen. Den „jungen Alten“ (van Dyk/Lessenich 2009) werden immer produktivere gesellschaftliche Aufgaben zugewiesen, beispielsweise im Bereich des ehrenamtlichen Engagements (vgl. van Dyk 2020, 128), sodass mit Klie festgestellt werden kann, dass „[z]u keiner Zeit [...] ältere Menschen in einem solchen Umfang engagiert [waren] wie heute“ (Klie 2015, 35). Von dieser Gruppe des dritten Lebensalters (vgl. Laslett 1991) wird die Gruppe des vierten Lebensalters unterschieden, für die weniger ein Produktivitätspostulat als vielmehr ein Narrativ des Verfalls und der Gebrechlichkeit prägend ist (vgl. Gilleard/Higgs 2010). Das vierte Lebensalter, die Hochaltrigkeit, wird damit immer mehr als das „eigentliche“ bzw. „wirkliche“ Alter“ (Amrhein 2013, 10) beschrieben, in dem – sogar mit (Selbst-)Disziplinierungsmaßnahmen – kein Entrinnen aus der Abhängigkeit von anderen mehr möglich ist. Der Übergang in diese Lebensphase kann weniger chronologisch als vielmehr an einer qualitativen Unterscheidung festgemacht werden, in der Körper und Körperlichkeit eine zentrale Rolle spielen:

Der Körper ist dabei der Schlüssel, denn das Auftreten schwerer Gebrechen markiert den Punkt des Übergangs. Infolgedessen kann der Eindruck entstehen, dass es im Vierten Alter nicht nur um den Körper geht, sondern um nichts anderes als den Körper.⁵

(Twigg 2004, 64)

5 „In this the body is key, for it is the onset of serious infirmity that marks the point of transition. As a result, the Fourth Age can seem to be not just about the body, but nothing but the body“ (Twigg 2004, 64).

Für Narrative des individuellen Alterns wird damit eine Ausrichtung am „Nicht-Altern“ (van Dyk 2020, 85) zentral, die sich beispielsweise in Erzählungen von der „Kontinuität eines alterslosen ‚Erwachsenen-Ich‘“ (van Dyk 2020, 133) widerspiegeln. Negative Altersbilder aber, die Altern mit Abhängigkeit und Verfall gleichsetzen, tragen in sich die Gefahr, wie andere stereotype Zuschreibungen auch, internalisiert zu werden und nicht nur die Wahrnehmung von Handlungsoptionen, sondern auch gesundheitliche Dimensionen des Alterungsprozesses zu beeinflussen (vgl. Ayalon et al. 2021, e49).

Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden die Darstellungen des Alter(n)s in der Coronakrise diskutiert.

2. Altern in der Coronakrise

In der Werbespotreihe der deutschen Bundesregierung #besonderehelden wird die ambivalente Rolle anschaulich, die dem Altern in der Coronakrise zugeschrieben wurde. In den Spots, die mehrere Jahrzehnte in der Zukunft angesiedelt sind, erzählen ältere Männer – in einer Anspielung auf historische Weltkriegs-Dokumentationen – in imaginierten Rückblenden auf das Krisenjahr 2020 von der wertvollen Aufgabe, die ihnen als damals noch junge Männer zuteilwurde: Mit dramatischer Musik unterlegt, werden anstelle der Kriegserlebnisse die „Corona-Erlebnisse“ der Männer und ihre Erinnerungen an die harte und entbehrungsreiche Zeit während der grauenhaften Pandemie präsentiert. So erzählt ein „Anton Lehmann“, wie die Einblendung verrät, „im Einsatz 2020 in Chemnitz, Sachsen“: „Wir taten, was von uns erwartet wurde. Das einzig Richtige: Wir taten – nichts! Absolut gar nichts. Waren faul wie die Waschbären. [...] Unsere Couch war die Front, und unsere Geduld war die Waffe“ (Bundesregierung 2020a, 1:00 – 1:09). Sie seien zu Helden geworden, indem sie mit ihrer Pizza zuhause auf der Couch liegen geblieben seien und sich geduldig im Nichtstun geübt hätten, so etwa der alte „Herr Lehmann“, dessen brüchige Stimme die Wohnzimmer-Bilder seiner heroisch-faulen Jugend unterlegt. Die Spots sollen dazu dienen, junge Menschen dazu zu motivieren, zuhause zu bleiben anstatt auszugehen, und dadurch sich und vor allem die ältere Generation zu schützen. In der Darstellung der alten Männer werden neben Genderstereotypen auch die charakteristischen Zuschreibungen des Alters in Gesellschaften des globalen Nordens weitergeschrieben und zugespitzt: In den stark polarisierenden und medial heftig kritisierten Spots wird durch die Rückschau eine sehr klare Unterscheidung zwischen Alt und Jung gemacht, in der allerdings einzig die jungen Männer zu

Helden werden – während sämtliche ältere Menschen in der Coronakrise als gerettete „Andere“ sowie vor allem jene, die tatsächlich in verschiedenen systemrelevanten Berufen tätig und nicht „faul wie die Waschbären“ waren, nicht sichtbar sind. Intergenerationelle Beziehungen, aber auch die Lebensrealitäten verschiedener Altersgruppen in vielfältigen Settings in Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit während der Coronakrise bleiben unerwähnt. Die (zukünftigen) Alten sprechen als Helden in der „Rückschau“ über ihr Leben während der Coronakrise und sind in Auftreten und Sprache wenig divers: In bürgerlichen Settings präsentiert, entsprechen sie der „impliziten Kodierung des ‚allgemeinen‘ Menschseins als weiß, männlich, heterosexuell, mittelschichtszugehörig, gesund“ (van Dyk 2016, 67). Die männlichen Darsteller im dritten Lebensalter werden in einem einzigen Spot von einer Frau mit asiatischem Hintergrund („Luise Lehmann“ genannt) ergänzt (Bundesregierung 2020b), die allerdings nicht alleine spricht, sondern dabei neben ihrem Mann, dem erwähnten Anton Lehman, sitzt. Das Paar scheint gut situiert und zufrieden; Anspielungen auf gesundheitliche Einbußen, Darstellungen von Gebrechlichkeit oder Hilfsbedürftigkeit oder ein mögliches Leben in betreuten Wohnformen bleiben aus.

2.1. Die Homogenisierung der Alten

Die diskursive, homogenisierende Reduktion der Gruppe aller Menschen über 65 als eine Gruppe der Schutzbedürftigen, Gefährdeten in den Corona-Spots ist entgegengesetzt den Repräsentationen älterer Menschen vor der Coronakrise, von denen besonders in Werbespots eindeutig identifizierbare „junge Alte“ – im Urlaub, beim Sport etc. – vielfältiger vertreten waren. Auch wenn diese weiterhin ausgestrahlt werden, ist die Wirkmächtigkeit der durch die neuen Spots stark mitgeprägten Narrative der Vulnerabilität „der Älteren“ nicht zu unterschätzen.

Diese Homogenisierung in der Zuschreibung des Alter(n)s wird in der ersten Zeit der Pandemie deutlich. Sie betrifft insbesondere die Gruppe der jungen Alten des dritten Lebensalters, deren Rollen und Aufgaben vor der Pandemie über lange Zeit als „potenzielle Leistungsträger_innen der Aktivgesellschaft“ (van Dyk 2016, 71) an Attraktivität gewonnen hatten. Während sie auch in der nachberuflichen Phase in den letzten Jahrzehnten zunehmend für Aufgaben im familiären Bereich, wie etwa die Betreuung der Enkelkinder und pflegebedürftiger Eltern oder im ehrenamtlichen Engagement eingesetzt wurden, befanden sie sich mit dem Beginn der Corona-Krise „wiedervereint im Alterspool mit den Hochaltrigen, den

Pflegebedürftigen und ‚Verwirrten‘“ (Graefe et al. 2020, 411). Den jungen Generationen gegenübergestellt, vom alterslosen Erwachsenenleben getrennt, fanden sich Menschen des dritten und vierten Lebensalters plötzlich in einer gemeinsamen Risikogruppe – und deren Schutz wurde zum zentralen intergenerationellen Auftrag für alle anderen Altersgruppen.

Die erhöhte Wahrscheinlichkeit eines schweren Verlaufs von COVID-19 führte zur Darstellung älterer Menschen (im österreichischen Kontext 65+) als vulnerable, homogene Gruppe der „potenzielle[n] ‚Opfer des Virus‘ [...], die es zu schützen gilt“ (Spuling et al. 2020, 1). Solche Darstellungen ließen alle vorhandenen großen Unterschiede in dieser Gruppe in Bezug auf Selbstständigkeit, soziale Einbettung, aber gerade auch Gesundheit als nebensächlich erscheinen (vgl. Wettstein/Nowossadeck 2021, 6). Chronologisch hohes Alter wurde beinahe automatisch mit gefährdeter Gesundheit verbunden (vgl. Meisner 2021, 58), und das chronologische Alter wurde auch zum zentralen Kriterium für die Zuschreibung von Vulnerabilität, eine Zuschreibung, die selbst aus rein biomedizinischer Sicht nicht zutreffend ist: Nicht alle älteren Menschen haben ein erhöhtes Erkrankungsrisiko, und nicht alle, die ein Risiko haben, sind höheren Alters (vgl. Ehni/Wahl 2020, 517).

Dieser plötzliche Wandel speziell in der Darstellung von Menschen des dritten Lebensalters spiegelt sich einerseits in Umfragen zum Erleben von Altersdiskriminierung während der Coronakrise vonseiten älterer Menschen wider, die den „Unmut über die als undifferenziert empfundene Festlegung der Altersgrenze ab 65 Jahren zur Einstufung als Risikogruppe“ (Reiner et al. 2020, 15) deutlich ausdrücken. Diese Einstufung und pauschale Bewertung als Risikogruppe wurde als „inadäquat und willkürlich“ (Reiner et al. 2020) betrachtet. Den neu verordneten und gut gemeinten gesellschaftlichen Schutz konnten jene, die an individuelle Freiheiten und Möglichkeiten der selbstbestimmten Lebensgestaltung in der nachberuflichen Phase gewöhnt waren, nicht einfach ablehnen, ohne mit anderen altersfeindlichen Stereotypen bedacht zu werden:

Als nun manche der zuletzt als aktive, eigenverantwortliche ‚Junge Alte‘ Umgartneten zu Beginn der Corona-Pandemie für sich in Anspruch nahmen, selbstbestimmt darüber zu entscheiden, welchen Schutz sie brauchen, wollen oder ertragen können, war der Vorwurf des Altersstarrsinns nicht weit, und paternalistische Bevormundung machte sich breit. (Graefe et al. 2020, 411)

Veränderungen zeigen sich aber auch in der medialen Darstellung von Menschen des vierten Lebensalters, für die eine starke Vereinheitlichungstendenz zu konstatieren ist. Während der Ausfall der „jungen Alten“ etwa

im Bereich der (Enkel-)Kinderbetreuung oder im Ehrenamt auch öffentlich bedauert wurde, stand für die „alten Alten“ die Schutzbedürftigkeit im Zentrum der Diskussion. Lamb (2020, 184) spricht in diesem Kontext von einem Bombardement mit „zu pauschalierenden Bildern aller älteren Menschen als ‚diejenigen, die bald sterben werden‘, die verletzlich und gebrechlich sind, die nicht in der Lage sind, neue virtuelle Technologien zu nutzen, und die in Zeiten dramatischer Veränderungen nicht innovativ sind“⁶. Die Beschreibung dieser Altersgruppe, die bereits vor der Coronakrise als „distanziert, objektiv, oft in Beamtensprache oder in der Sprache der politischen Entscheidungsträger formuliert“⁷ charakterisiert wird (Twigg 2004, 64), findet eine Zuspitzung in der Darstellung von Krankheits- und Sterbefällen in Pflegeheimen und wirkte sich auch auf die Legitimierung von Interaktionsmöglichkeiten mit Pflegeheimbewohner*innen oder Bewohner*innen von Senior*innen-Zentren aus. Deren Einbindung in ein gesellschaftliches Leben wurde erschwert, wodurch beispielsweise Entwicklungen hin zu einer verstärkten Sozialraumöffnung, „die an das normale Wohnen und Leben im Quartier und somit im Kontext von Nachbarschaft als lokalen sorgenden Gemeinschaften anknüpft“ (Schulz-Nieswandt 2020, 120) gestoppt und teilweise rückgängig gemacht wurden.

2.2. Die Coronakrise als Generationenkonflikt

Durch den starken Wir-Sie-Gegensatz gefördert (vgl. Graefe et. al. 2020, 409), folgten auf die ersten Schutzmaßnahmen für ältere Generationen bald auch Aufforderungen, sich zu isolieren und die eigenen Bedürfnisse zugunsten derjenigen der Jungen, der Gesellschaft oder der Wirtschaft zurückzustellen. Wurde die Solidarität in der ersten Zeit der Coronakrise noch von den Jungen gefordert, wie es in den Spots der österreichischen und der deutschen Bundesregierungen zu sehen war, und war damit ein Abstand-Halten und Unterstützen der älteren Generationen gemeint, erfuhr dieser Begriff im Laufe der Pandemie eine Bedeutungsverschiebung insofern, als ältere Menschen gebeten wurden, ihre eigenen Bedürfnisse zurückzustellen und sich zu isolieren, damit die Jugendlichen weiterhin ihre Freiheit genießen können (vgl. Ellerich-Groppe et al. 2021, 3).

6 „overgeneralized images of all older people as ‘those who are about to die’ vulnerable, frail, unable to employ new virtual technologies, and not innovative in times of dramatic change“ (Lamb 2020, 184).

7 „distant, objective, often couched in officialese or the language of policymakers“ (Twigg 2004, 64).

Die Kosten des vermeintlichen Schutzes älterer Generationen wurden vermehrt diskutiert, und auch ältere Menschen sprachen den Wunsch aus, „die jüngeren Generationen nicht zu belasten, und plädierten daher für eine freiwillige Selbstisolierung (vgl. Haarhoff 2020). Es gab sogar den Vorschlag, dass die Alten sich für ihre Nachkommen und das zukünftige wirtschaftliche Wohlergehen opfern sollten“⁸ (Ellerich-Groppe et al. 2021, 3). Historisch einflussreiche Gerontizid-Diskurse klingen in der Forderung an, ältere Menschen für das Wohl der Gesellschaft zu opfern (vgl. Ayalon 2020, 1222). Klassische Argumentationen für die Plausibilität der Selbstaufopferung zugunsten der anderen (vgl. Hoydis 2020, 85–86) werden selten konkret ausgeführt, lassen aber eine Präferenz für sozio-ökonomische Werte vor dem Lebensschutz Einzelner erkennen. Sie nehmen damit historische Diskurse der Zuschreibung von Verantwortung an ältere Menschen wieder auf, die nahe legen,

dass es am Ende die schutzbedürftigen Älteren sind, die dafür verantwortlich zeichnen, wenn das Wachstum und die Wirtschaft zusammenbrechen und die (Aus-)Bildung der Kinder gefährdet ist – und tatsächlich dauerte es nur wenige Wochen, bis das anfängliche Primat des Lebensschutzes aus sozio-ökonomischen Gründen in Frage gestellt wurde. (van Dyk 2020, 114)

Wurden ältere Menschen befragt, fanden sich Aussagen, die auch als „Selbst-Heroisierungen im Sinne der hegemonialen normativen Erwartungen“ (Graefe et al. 2020, 414) gedeutet werden können und die internalisierte Altersbilder ebenso wie aktuelle Rollenzuschreibungen widerspiegeln.

Mitbedingt durch die Gegenüberstellung von Alt und Jung und die asymmetrische Charakterisierung der älteren Menschen als vulnerabel und schutzbedürftig verstärkten sich in sozialen Medien auch altersfeindliche Aussagen. Mediale Darstellungen veranschaulichten demnach eine Ambivalenz: Während einerseits von großer Solidarität zwischen allen Altersgruppen und Gesellschaftsschichten im gemeinsamen Kampf gegen die Pandemie die Rede war, prägten andererseits einseitige Beschreibungen der Beziehung zwischen jungen und alten Menschen die Medien. Ellerich-Groppe et al. sehen hier „eine eher asymmetrische und unidirektio-

8 „not to burden the younger generations and, hence, plead for voluntary self-isolation (Haarhoff 2020). There was even the suggestion that the old should sacrifice themselves for the sake of their descendants and future economic welfare“ (Ellerich-Groppe et al. 2021, 3).

nale Beziehung zwischen einer überlegenen Gruppe, die die Schwachen und Verletzlichen aus Mitgefühl und supererogatorischer Wohltätigkeit unterstützt“⁹ (Ellerich-Groppe et al. 2021, 10). Gerade diese Charakterisierung der asymmetrischen intergenerationellen Beziehungen mündete – trotz der Vielfalt an realen intergenerationellen (Care-)Beziehungen – oftmals in Altersdiskriminierung und fand, wie etwa die altersfeindliche Bezeichnung des Virus im Hashtag #boomerremover, weite Verbreitung in sozialen Medien (vgl. Wettstein/Nowossadeck 2021; Soto-Perez-de-Celis 2020, 1). Auch in diesen Darstellungen fand eine Wiederbelebung und Verschärfung von *Ageism* (vgl. Meisner 2021, 59) statt, dessen Grundcharakteristika jedoch bereits vor der Coronakrise vorhanden waren und beispielsweise in „Ok-Boomer“-Memes Verbreitung fanden (vgl. Kainradl/Krieberegg 2020, 22). Die ursprünglich neutrale Kohortenbezeichnung „Boomer“ wurde im Kontext des Memes altersfeindlich aufgeladen. Mit #boomerremover wurde die Altersfeindlichkeit noch verstärkt. Altersdiskriminierende Aussagen beschränkten sich dabei nicht auf soziale Medien und könnten ebenso von älteren Generationen als internalisierter *Ageism* vertreten werden.

Eine ambivalente Bewertung des Lebens älterer Menschen zeigte sich aber auch in der Art und Weise, wie von Todesfällen in Pflegeinstitutionen berichtet wurde. Gerade in der Gegenüberstellung des Leidens junger Menschen und des Leidens älterer Menschen wird die Abwertung des Alter(n)s explizit:

Es ist auch aufschlussreich, dass über die jüngeren Erwachsenen, die weltweit an den Komplikationen von COVID-19 gestorben sind, oft lange und ausführliche Medienberichte erschienen sind, während der Tod tausender älterer Erwachsener einfach gezählt und zusammengefasst wurde, wenn er überhaupt dokumentiert wurde. Dies bedeutet, dass der Tod eines jungen Erwachsenen eine Lebensgeschichte verdient, während der Tod eines älteren Erwachsenen allzu oft nur eine Statistik ist.¹⁰ (Fraser et al. 2020, 693)

9 „there is a more asymmetrical and unidirectional relation between a superior group supporting the weak and vulnerable out of compassion and supererogatory beneficence“ (Ellerich-Groppe et al. 2021, 10).

10 „It is also revealing that the younger adults who have died from complications of COVID-19 throughout the world have often generated long and in-depth media reports, while the deaths of thousands of older adults have been simply counted and summarised, if they were documented at all. This implies that the death of a young adult merits a life story, while the death of an older adult is too often merely a statistic“ (Fraser et al. 2020, 693).

Beschreibungskategorien für das Leben älterer Menschen werden aber auch wie in einem Kristallisationspunkt in der Diskussion um die Bedeutung von Alter als explizites Priorisierungskriterium in Triage-Entscheidungen deutlich. Diese Debatte nimmt eine Tradition von Rationierungsdiskussionen im Gesundheitswesen mit auf, wie sie bereits in den letzten Jahren stattfanden. Sie ist geprägt von längerfristigen Überlegungen zur Milderung von Situationen der Güterknappheit und zur Entlastung der potentiell angespannten finanziellen Situation des Gesundheitswesens (vgl. Zimmermann-Acklin 2009, 1). Darin eingelagerte Argumentationen befragen auch die Rolle von älteren Menschen im Gesundheitswesen und beleben immer wieder in unterschiedlichen Variationen die Beschreibung der Älteren als Bürde – beispielsweise im Rahmen der Kosten des Gesundheitswesens.

In der Diskussion um die explizite Priorisierung in Triage-Entscheidungen interessiert aus Sicht der kritischen Gerontologie nicht nur die Frage, ob es diskriminierend ist, einer Person notwendige medizinische Maßnahmen aufgrund des chronologischen Alters vorzuenthalten oder die medizinische Behandlung einer Person aufgrund ebendieser Eigenschaft zugunsten einer chronologisch jüngeren Person abubrechen, und wie diese Aspekte beispielsweise mit einer menschenrechtlichen Argumentation in Einklang gebracht werden können. Da Entscheidungs-Leitlinien das chronologische Alter als eines unter mehreren Entscheidungskriterien anführten (vgl. Swiss Academy of Medical Sciences 2020, kritisch diskutiert auch von Emanuel et al. 2020, 2052; Ehni/Wahl 2020, 516), sind auch die Zuschreibungen interessant, die an das hohe Alter gemacht werden. Neben dem zentralen Kriterium der Überlebenschancen sind die Bedeutung und teilweise auch der Nutzen für das soziale Umfeld und die Gesellschaft im Ganzen dabei immer wiederkehrende Argumentationsfiguren, und es fällt auf, dass Alter oft in Zusammenhang mit Multimorbiditäten genannt wird; auch die Nähe zum „natürlichen“ Tod und der Wunsch zu sterben werden in diesem Zusammenhang häufig thematisiert. Margaret Gullette argumentiert in diesem Kontext, dass implizit negative Zuschreibungen das Alter betreffend Entscheidungsleitlinien aushebeln können:

Allgemeine Leitlinien werden jedoch fragwürdig, wenn jüngere Menschen, die an der Macht sind, bereits implizit voreingenommen sind und denken, dass Menschen, die viel älter sind als sie, dem Tod nahe sind, oder dass sie ein „erfülltes Leben“ hatten, oder dass sie gar nicht mehr überleben wollen. Glauben Sie das? Es kann sein, dass die Ärzte das altersbedingte Vorurteil, das in diesen Vorannahmen steckt, nicht erkennen. Oder sie stimmen diesen Überzeugungen zu und gehen

„Schau auf dich, schau auf mich“: Repräsentationen des Alter(n)s in der Coronakrise

davon aus – weil Altersdiskriminierung so weit verbreitet ist –, dass alle damit einverstanden sind.¹¹ (Gullette 2020)

Schließlich interessiert aus dem Blickwinkel der kritischen Alternswissenschaften aber auch, was in der Frage von Alter in Triage-Entscheidungen weniger thematisiert wird. Dazu zählen Herausforderungen und Zuschreibungen, die beim Einbringen eigener Entscheidungspräferenzen in Situationen der Vulnerabilität und Asymmetrie, das heißt in Entscheidungssituationen über Behandlungsfortsetzung oder -abbruch, auftreten. Aber auch Fragen des Zugangs von Pflegeheim-Bewohner*innen zu Intensivstationen und – damit zusammenhängend – implizite Anthropologien, die eine Positiv-Bewertung des Lebens mit als autark verstandener Autonomie und Produktivität verbinden (vgl. Ayalon 2020, 1222) rücken ins Blickfeld. Werden ältere Menschen über ihre Sorgen im Zusammenhang mit Triage-Entscheidungen befragt, sind es genau diese „hidden inequalities“ (Kuylen et al. 2021, 293), die Angst um eine angemessene Entscheidung in Ausnahme-Situationen, wie es jene der Triage sind, auslösen.

3. Altern nach der Coronakrise

In einem der Werbespots der Wiener Stadtregierung (Stadt Wien 2020) erklärt Michael Buchinger, ein bekannter Kabarettist und Youtuber, im Beisein einer älteren Wiener Dame seinen Zuschauer*innen die OIDA-Regeln: Abstand hoitn – Immer d’Händ woschn – Daham bleibn – A Maskn aufsetzn (Stadt Wien 2020). In dieser Werbespotreihe, die stark auf Diversität und Humor setzt, repräsentiert eine hochaltrige Frau die Gruppe der älteren Menschen. Sie bedankt sich für das Einhalten des Mindestabstands von einem Meter, als Buchinger sich zu ihr auf eine Bank bei einer Straßenbahnhaltestelle setzt, und hört geduldig lächelnd seinen Schimpftiraden über Menschen, die die Coronaregeln im Supermarkt immer noch nicht beachten, zu. „Sie können sich sehr gut aufregen“, sagt sie milde lächelnd, bevor sie sich ihren Mund-Nasenschutz aufsetzt, um in die eben einfahrende Straßenbahn zu steigen.

11 „General guidelines become questionable, however, if younger people in power are already implicitly biased, thinking that people much older than they are close to death, or that they have had ‘full lives’, or that they no longer care to survive. Do you believe this? Doctors may not recognize the ageist prejudice involved in any of these prejudgments. Or they may admit these beliefs, assuming – because ageism is so common – that everyone agrees“ (Gullette 2020).

In diesem Spot wird der Gegensatz von „alt“ und „jung“ betont, wobei jedoch dem jungen Mann die Rolle des sonst oft stereotyp alten Menschen zugeschriebenen „Grantlers“ zugeordnet wird. Während die Normalität ohne das Virus für ihn gar nicht schnell genug wiederkehren kann, scheint die alte Dame sowohl die Maßnahmen als auch seine schlechte Laune mit Gleichmut zu ertragen, fast als wolle sie sagen, sie habe wohl schon Schlimmeres erlebt, und da müsse man nun eben durch. Auch wenn der älteren Dame stärker klassische Alterstugenden (Gleichmut, Weisheit) zugewiesen werden, fällt der Unterschied zu den anderen Spots mit ihrer homogenisierenden, passiven Darstellung älterer Menschen positiv auf.

Auch im „Impf’s mi“-Werbespot der Stadt Wien (2021) kommen alte Menschen zu Wort; in Anspielung auf das Lied „Zwickt’s mi“ (1975) des Austropoppers Wolfgang Ambros wird, mit der bekannten Melodie des Liedes unterlegt, dem Virus der Kampf angesagt und zur Impfung „ganz wurscht wohin“ aufgerufen. Der Spot beginnt mit dem Close-Up einer älteren, sehr modern wirkenden Frau mit weißem, wallend-lockigem Haar, grellroter Brille und ebensolchen Lippen. Nachdem sie zwei kleineren, mit ihr am Esstisch sitzenden Kindern etwas auf den Teller legt, richtet sie dem Virus aus, es möge gefälligst verschwinden: „Putz di, Corona!“, sagt sie keck in die Kamera, bevor ein älterer Herr mit Bart in einem Wirtshaus seinen Oberarm mit dem über die Impf-Einstichstelle geklebten Pflaster herzeigt. „Ciao mit au, Corona!“, ruft er. Entgegen den homogenisierenden Darstellungen während der Corona-Pandemie spiegeln die Impf-Werbespots der Stadt Wien heterogenere Lebensmodelle im Altern wider, die alte Menschen als bunt, selbstbestimmt und in vielfältige, intergenerationale Beziehungen eingebunden zeigen. Ältere Menschen sind hier, wohl aufgrund des Inhalts des Werbespots, der zum Impfen motivieren soll und damit eine neue Aufbruchsstimmung und aktive Gestaltungsmöglichkeit suggeriert, wieder Teil des gesellschaftlichen Lebens. Damit greifen diese Spots heterogenere Repräsentationen des dritten Lebensalters vor der Pandemie wieder auf und machen aufmerksam auf diese bunte und selbstbestimmte Gruppe älterer Wiener*innen. Diese Art der Darstellung gilt jedoch leider weiterhin nicht für Menschen des vierten Lebensalters, deren Vertreter*innen in ihrer Vielfalt nach wie vor in medialen Repräsentationen unsichtbar bleiben.

Die Überbetonung des Alters gegenüber anderen Unterschieden wurde in der Coronakrise darin ersichtlich, dass dem Alter auch in anderen „Maßnahmen“ eine überaus wichtige Rolle beigemessen wurde, während Faktoren, die zu einem verstärkten Risiko führen konnten, weniger eine Rolle spielten und ausgeblendet werden, wie Graefe et al. zusammenfassend feststellen:

Dabei bleiben allerdings wichtige Fragen oftmals ausgeblendet – etwa nach den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die ein „eigenverantwortliches“ Handeln erleichtern oder erschweren können. Auch der Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Sterberisiken wird nur selten thematisiert. (Graefe et al. 2020, 408)

Manche Ungleichheitslinien liefen aber durch die Überbetonung des chronologischen Alters Gefahr verdeckt zu werden, sodass die Auswirkungen bestimmter Settings und Charakteristika präventiv wie kurativ nicht bearbeitet werden konnten (vgl. Ayalon et al. 2021, e51). Darüber hinaus konnte manche Risikogruppe in der Gruppe der älteren Menschen in ihrer erhöhten Vulnerabilität benachteiligt werden (vgl. Kohlenberger 2021) – mit fatalen Konsequenzen für deren Gesundheit. Insbesondere konnten die Wechselwirkungen zwischen sozialen Faktoren der Ungleichheiten – auch in deren Bedeutung für den Zugang zum Gesundheitswesen und gesundheitlichen Leistungen – nicht ausreichend berücksichtigt werden. Diese Überlegungen beinhalten wiederum Relevanz für die Diskussion um Güterallokation im Gesundheitswesen, wie sie beispielsweise für das Themenfeld der Priorisierungen im Fall der Triage stattfinden. Außerdem nehmen sie das auch in der Coronakrise relevante Wissen ernst, dass das chronologische Alter *an sich* keinen Risikofaktor darstellt, sondern „das erhöhte Risiko chronischer Erkrankungen, eines geschwächten Immunsystems oder des Lebens in Wohneinrichtungen“¹² (Verbruggen et al. 2020, 3). Verbruggen et al. führen daher weiter aus:

Es ist wichtig, daran zu denken, dass ältere Erwachsene in diese Hochrisikokategorien fallen können oder auch nicht, und dass diese Kategorien eher sozio-medizinische Auswirkungen als biomedizinische Ursachen widerspiegeln. Hohe Sterblichkeitsraten sind zum Teil die Folge sozialpolitischer Entscheidungen, die lange vor dem Ausbruch der Pandemie getroffen wurden, und spiegeln die sozialen Determinanten der Gesundheit wider.¹³ (Verbruggen et al. 2020, 3)

12 „rather the increased risk of chronic conditions, compromised immune systems, or living in residential facilities“ (Verbruggen et al. 2020, 231).

13 „It is important to remember that older adults may or may not fall into those high-risk categories, and that these categories reflect socio-medical effects rather than biomedical causes. High mortality rates are partially consequences of sociopolitical choices made long before the outbreak of the pandemic and reflect the social determinants of health“ (Verbruggen et al. 2020, 231).

Diese Faktoren in ihren Wechselwirkungen zu thematisieren, bedeutet dem Faktor chronologisches Alter denjenigen Platz zu geben, der ihm entspricht, und es nicht als zentrales Entscheidungskriterium über Gesundheit oder Krankheit, Zugehörigkeit oder Ausschluss zu sehen.

Das Aufeinandertreffen des jungen Youtubers mit der älteren Dame in der Wiener „OIDA“-Werbespotreihe sagt aber auch etwas über den Fokus auf intergenerationelle Beziehungen aus, wie er in der Coronakrise dargestellt wurde. Der Akzent wurde auf die Begegnung zwischen Jung und Alt gelegt, wobei auffällt, dass die aktive, humorvolle Rolle den jungen Celebrities (hier: Michael Buchinger) vorbehalten ist. Im Spot kommt es zu keinerlei Konflikt, in (sozialen) Medien wurden derartige Auseinandersetzungen und die Angst vor ihnen jedoch lebhaft diskutiert. Dabei wird oft vergessen, dass der Konflikt vor allem auch auf der problematischen hierarchisch organisierten Binarität von „jung“ und „alt“ beruht. Kathleen Woodward bemerkt dazu, dass „Jugend“ dabei der geschätzte Begriff und der Bezugspunkt für die Definition des Alters sei. Kulturelle Darstellungen des Alters, so Woodward, bleiben in überwiegend negativen Stereotypen verhaftet, während die Jugend subjektiv gesehen eine bemerkenswert fließende und scheinbar fast unendlich erweiterbare Kategorie bleibt: Sie ist ein „beweglicher Marker“ (Woodward 1991, 6). Im Gegensatz zu den landläufigen Vorstellungen des Alters, die dazu neigen, es als einen bestimmten Lebensabschnitt zu definieren, betonen ältere Menschen selbst die Kontinuität des alterslosen Selbst inmitten von Veränderungen über die gesamte Lebensspanne hinweg. Es ist jedoch notwendig, Darstellungen des Alters und des Alterns über den gesamten Lebensverlauf hinweg aus der Perspektive seiner kulturellen Verfasstheit zu analysieren, um diese fließende Definition von Identität wieder zu wahrzunehmen (vgl. Kriebner/Maierhofer 2013, 10).

Der auf diesen Dichotomien aufbauende „Generationenkonflikt“ beruht daher großteils auf Konstruktionen – das mittlere Alter als implizite Norm jedoch auslassend – und es lässt sich dabei leicht übersehen, dass der Fokus andere Konflikte, Ungleichheiten und intersektionale Benachteiligungen potentiell „de-thematisiert“ (van Dyk 2020, 113). Werden Alte und Junge polarisierend gegenübergestellt, steht zu befürchten, dass bei Appellen zur Solidarität ein implizites Verständnis von einer Solidarität zwischen Gruppen befeuert wird (vgl. Ellerich-Groppe et al. 2021, 10; Ayalon et al. 2021, e50), die es in dieser homogen imaginierten Form ja nicht gibt. Es wäre daher hilfreicher, die Kontinuitäten und Gemeinsamkeiten von Menschen über den Lebenslauf hinweg zu betonen, damit nicht aus dem Blickfeld gerät, dass es in den großen Herausforderungen

der Menschheit um das gemeinsame gute Leben und Überleben aller Lebewesen auf dem Planeten geht.

Spätestens in Zeiten der Herausforderungen durch den Klimawandel kann befürchtet werden, dass die als Dichotomien konstruierten Kategorien „alt“ und „jung“ wieder stark ins Spiel gebracht werden. Und gerade diese kommenden Herausforderungen betreffend muss gehofft werden, dass vielfältige Lebensformen und -ansichten, Erfahrungen und Wissensformen jenseits eindeutiger Kategorien und Kategorisierungen in ihren Ambivalenzen Platz bekommen und auf eine Rahmung als Generationenkonflikt, in dem es zuallererst um Schuld und Verantwortung geht (vgl. Kainradl/Kriiebernegg 2020), verzichtet wird.

Literatur

- Amrhein, Ludwig: Die soziale Konstruktion von „Hochaltrigkeit“ in einer jungen Altersgesellschaft, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46 (1) (2013) 10–15. doi:10.1007/s00391-012-0459-3.
- Ayalon, Liat/Chasteen, Alison/Diehl, Manfred/Levy, Becca R./Neupert, Shevaun D./Rothermund, Klaus/Tesch-Römer, Clemens/Wahl, Hans-Werner: Aging in Times of the COVID-19 Pandemic. Avoiding Ageism and Fostering Intergenerational Solidarity, in: The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences 76 (2) (2021) e49–e52. doi:10.1093/geronb/gbaa051.
- Ayalon, Liat: There is nothing new under the sun. Ageism and intergenerational tension in the age of the COVID-19 outbreak, in: International psychogeriatrics 32 (10) (2020) 1221–1224. doi:10.1017/S1041610220000575.
- Bundesregierung Deutschland: #besonderehelden, 2020a, in: <https://www.youtube.com/watch?v=krJfMyW87vU> [04.08.2021].
- Bundesregierung Deutschland: #besonderehelden, 2020b, in: <https://www.youtube.com/watch?v=UH1757U0aeg&t=5s> [04.08.2021].
- Charise, Andrea: „Let the reader think of the burden“. Old Age and the Crisis of Capacity, in: Occasion. Interdisciplinary Studies in the Humanities v. 4 (May 31, 2012), <http://occasion.stanford.edu/node/96> [04.08.2021].
- Ehni, Hans-Joerg/Wahl, Hans-Werner: Six Propositions against Ageism in the COVID-19 Pandemic, in: Journal of aging & social policy 32 (4–5) (2020) 515–525. doi:10.1080/08959420.2020.1770032.
- Ellerich-Groppe, Niklas/Pfaller, Larissa/Schweda, Mark: Young for old-old for young? Ethical perspectives on intergenerational solidarity and responsibility in public discourses on COVID-19, in: European journal of ageing (2021) 1–13. doi:10.1007/s10433-021-00623-9.

- Emanuel, Ezekiel J./Persad, Govind/Upshur, Ross/Thome, Beatriz/Parker, Michael/Glickman, Aaron/Zhang, Cathy/Boyle, Connor/Smith, Maxwell/Phillips, James P.: Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19, in: *The New England Journal of Medicine* 382 (21) (2020) 2049–2055. doi:10.1056/NEJMs2005114.
- Fraser, Sarah/Lagacé, Martine/Bongué, Bienvenu/Ndeye, Ndatté/Guyot, Jessica/Bechard, Lauren/Garcia, Linda/Taler, Vanessa/Adam, Stéphane/Beaulieu, Marie/Bergeron, Caroline D./Boudjemadi, Valérian/Desmette, Donatienne/Donizzetti, Anna Rosa/Éthier, Sophie/Garon, Suzanne/Gillis, Margaret/Levasseur, Mélanie/Lortie-Lussier, Monique/Marier, Patrik/Robitaille, Annie/Sawchuk, Kim/Lafontaine, Constance/Tougas, Francine: Ageism and COVID-19. What does our society's response say about us?, in: *Age and ageing* 49 (5) (2020) 692–695. doi:10.1093/ageing/afaa097.
- Gilleard, Chris/Higgs, Paul: Aging without agency. Theorizing the fourth age, in: *Aging & mental health* 14 (2) (2010) 121–128. doi:10.1080/13607860903228762.
- Grafe, Stefanie/Haubner, Tine/van Dyk, Silke: „Was schulden uns die Alten?“ Isolierung, Responsibilisierung und (De-)Aktivierung in der Corona-Krise, in: *Leviathan* 48 (3) (2020) 407–432. doi:10.5771/0340-0425-2020-3-407.
- Gullette, Margaret Morganroth: *Aged by culture*, Chicago: Chicago Univ. Press 2004.
- Gullette, Margaret Morganroth: Ageist „Triage“ Is a Crime Against Humanity. Kommentar von Margaret Morganroth Gullette im *Los Angeles Review of Books*. 21.03.2020. in: <https://lareviewofbooks.org/short-takes/ageist-triage-covid-19/> [05.08.2021].
- Hoydis, Julia: A Slow Unfolding „Fault Sequence“. Risk and Responsibility in Lucy Kirkwood's *the Children*, in: *Journal of Contemporary Drama in English* 8/1 (2020) 83–99. doi:10.1515/jcde-2020-0007.
- Kainradl, Anna-Christina/Kriebner, Ulla: „They say we messed it up. Killing the planet with our own greed“. Alterswissenschaftliche Überlegungen zu einem generationengerechten Klimadiskurs in Margaret Atwoods *„Torching the Dusties“*, in: *LIMINA. Grazer theologische Perspektiven* 3/1 (2020) 166–191. doi: 10.25364/17.3:2020.1.8.
- Katz, Stephen/Marshall, Barbara L.: Tracked and fit. FitBits, brain games, and the quantified aging body, in: *Journal of aging studies* 45 (2018) 63–68. doi:10.1016/j.jaging.2018.01.009.
- Katz, Stephen: Alarmist Demography. Power, Knowledge, and the Elderly Population, in: *Journal of aging studies* (Vol 6, Nr 3) (1992) 203–225.
- Klie, Thomas: Caring Communities als Perspektive für Sorge und Pflege in einer Gesellschaft des Langen Lebens, in: Heinrich-Böll-Stiftung (Hg.): *Freiräume für die Zukunft. Plädoyer für einen „Neuen Generationenvertrag“* (Schriften zu Wirtschaft und Soziales Band 17), Berlin 2015, 31–54.
- Kohlenberger, Judith: Schau auf dich, schau auf mich? COVID-19 und seine Auswirkungen auf Schutzsuchende in Europa, in: Filzwieser, Christian/Kasper, Lioba (Hg.), *Jahrbuch für Asyl- und Fremdenrecht*, Wien 2021, 203–217.

- Kribernegg, Ulla: „Time to go. Fast not slow“. Geronticide and the burden narrative of old age in Margaret Atwood's „Torching the Dusties“, in: *European Journal of English Studies* 22 (1) (2018) 46–58. doi:10.1080/13825577.2018.1427200.
- Kribernegg, Ulla/Maierhofer, Roberta: The Ages of Life. Living and Aging in Conflict?, in: Dies. (Hg.), *The Ages of Life. Living and Aging in Conflict?*, Bielefeld, transcript 2013 (= *Aging Studies* 3), 9–17.
- Kuylen, Margot N. I./Kim, Scott Y./Ruck Keene, Alexander/Owen, Gareth S.: Should age matter in COVID-19 triage? A deliberative study, in: *Journal of medical ethics* 47 (5) (2021) 291–295. doi:10.1136/medethics-2020-107071.
- Lamb, Sarah: On Vulnerability, Resilience, and Age. Older Americans Reflect on the Pandemic, in: *AA* 41 (2) (2020) 177–186. doi:10.5195/aa.2020.317.
- Laslett, Peter: *A fresh map of life. The emergence of the Third Age*, Cambridge: Harvard Univ.-Press 1991.
- Meisner, Brad A.: Are You OK, Boomer? Intensification of Ageism and Intergenerational Tensions on Social Media Amid COVID-19, in: *Leisure Sciences* 43 (1–2) (2021) 56–61. doi:10.1080/01490400.2020.1773983.
- ORF: Schau auf dich, schau auf mich, 2020, in: <https://www.youtube.com/watch?v=OoUqoHtTjK&list=PLwyu1ourBHyUZf0rC80GIYdjoqoX69-p9> [04.08.2021].
- Phillipson, Chris: The Political Economy of Longevity. Developing New Forms of Solidarity for Later Life, in: *The Sociological quarterly* 56 (1) (2015) 80–100. doi:10.1111/tsq.12082.
- Reiner, Julia/Lehmann, Stephanie/Ruf, Esther/Braunwalder, Rhea/Misoch, Sabina: *Covid-19 Ageism. Altersdiskriminierung in Zeiten der Covid-19 Pandemie. Zu den subjektiven Erfahrungen von Personen ab 65 Jahren in der Deutschschweiz*. St.Gallen: Institut für Altersforschung der OST – Ostschweizer Fachhochschule 2020.
- Schick Tanz, Silke/Schweda, Mark/Wynne, Brian: The ethics of „public understanding of ethics“—why and how bioethics expertise should include public and patients' voices, in: *Medicine, health care, and philosophy* 15 (2) (2012) 129–139. doi:10.1007/s11019-011-9321-4.
- Schulz-Nieswandt, Frank: *Corona und die Verdichtung der Kasernierung alter Menschen*, in: Keitel, Christian/Volkmer, Michael/Werner, Karin (Hg.): *Die Corona-Gesellschaft. Analysen zur Lage und Perspektiven für die Zukunft (X-Texte zu Kultur und Gesellschaft)*, Bielefeld: transcript 2020, 111–123.
- Soto-Perez-de-Celis, Enrique: Social media, ageism, and older adults during the COVID-19 pandemic, in: *EClinicalMedicine* 29 (2020) 100634. doi:10.1016/j.eclinm.2020.100634.
- Spuling, Svenja M./Wettstein, Markus/Tesch-Römer, Clemens: *Altersdiskriminierung und Altersbilder in der Corona-Krise (DZA-Fact Sheet)*, Berlin 2020.
- Stadt Wien: *Die Oida-Regel mit Michael*, 2020, in: <https://www.youtube.com/watch?v=fS7cWMvVIIo> [05.08.2021].
- Stadt Wien: „Impft's mi“-Spot zur Coronaschutz-Impf-Kampagne der Stadt Wien, 2021, in: <https://www.youtube.com/watch?v=yWOoXVx77I> [05.08.2021].

- Stückler, Andreas: Schöne neue Alterswelt?, in: Stöckl, Claudia/Kicker-Frisinghelli, Karin/Finker, Susanna (Hg.), *Die Gesellschaft des langen Lebens. Soziale und individuelle Herausforderungen* (Gesellschaft der Unterschiede Band 35), Bielefeld: transcript 2016, 29–44.
- Swiss Academy of Medical Sciences: COVID-19 pandemic. Triage for intensive-care treatment under resource scarcity, in: *Swiss medical weekly* 150 (2020) w20229. doi:10.4414/smw.2020.20229.
- Twigg, Julia: The body, gender, and age. Feminist insights in social gerontology, in: *Journal of aging studies* 18 (1) (2004) 59–73. doi:10.1016/j.jag.2003.09.001.
- Van Dyk, Silke/Lessenich, Stephan (Hg.): *Die jungen Alten. Analysen einer neuen Sozialfigur*, Frankfurt am Main: Campus 2009.
- Van Dyk, Silke: Doing Age? Diversität und Alter(n) im flexiblen Kapitalismus, in: Fereidooni, Karim/Zeoli, Antonietta P. (Hg.), *Managing Diversity*, Wiesbaden: Springer 2016, 67–87.
- Van Dyk, Silke: *Soziologie des Alters* (utb-studi-e-book), Bielefeld: transcript ²2020.
- Verbruggen, Christine/Howell, Britteny M./Simmons, Kaylee: How We Talk About Aging During a Global Pandemic Matters. On Ageist Othering and Aging „Others“ Talking Back, in: *AA* 41 (2) (2020) 230–245. doi:10.5195/aa.2020.277.
- Westerink, Herman: Altern deuten, in: Klie, Thomas/Kumlehn, Martina/Kunz, Ralph (Hg.): *Praktische Theologie des Alterns* (Praktische Theologie im Wissenschaftsdiskurs = Practical theology in the discourse of the humanities Bd. 4), Berlin: De Gruyter 2009, 35–55.
- Wettstein, Markus/Nowossadeck, Sonja: *Altersdiskriminierung in der Pandemie ist nicht die Regel – Jede zwanzigste Person in der zweiten Lebenshälfte berichtet erfahrene Benachteiligung wegen ihres Alters* (deutscher alterssurvey), Berlin 2021.
- Weltgesundheitsorganisation (Hg.): *Aktiv Altern. Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln*. Genf: World Health Organisation 2002.
- Woodward, Kathleen: *Aging and Its Discontents. Freud and Other Fictions*. Bloomington: Indiana Univ. Press 1991.
- Zimmermann-Acklin, Markus: Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, in: *VW Management Information Trendmonitor* (2) (2009) 1–4.

Die Pandemie trifft alle, aber nicht alle gleich. Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheit und Care

Katharina Heimerl, Elisabeth Reitingner, Barbara Pichler

1. Einleitung

Soziale Ungleichheit existiert nicht erst seit Beginn der COVID-19-Pandemie. Wir wissen, dass der Wohlstand in dieser Welt ungleich verteilt ist, und dass diese Ungleichheit weiterhin zunimmt. Der Wirtschaftswissenschaftler Joseph Stiglitz argumentiert in seinen weithin rezipierten Büchern, dass diese Ungleichheit auf bewussten Entscheidungen beruht – sie ist das Ergebnis von ungerechter Politik und fehlgeleiteten Prioritäten (Stiglitz 2012, 2016).

Als Wissenschaftlerinnen beschäftigen wir uns mit Gesundheit und mit Care und beobachten, dass die ungleiche Verteilung von ökonomischen Ressourcen weitreichende Konsequenzen hat, unter anderem auf die Gesundheit der Menschen und auf die Verteilung von bezahlter und unbezahlter Care-Arbeit zwischen den Geschlechtern. Sozioökonomische, gesundheitliche und care-bezogene Ungleichheiten verstärken einander – auch und gerade unter Bedingungen von COVID-19. Sowohl die gesundheitlichen Auswirkungen der Infektion als auch die Maßnahmen zur Eindämmung des Virus verstärken die sozioökonomischen Ungleichheiten und umgekehrt: ärmere Menschen und Länder sind stärker von der Pandemie betroffen (WHO Europe 2020), dies wollen wir in der Folge aufzeigen.

Kümpers und Alisch (2018) fassen soziale Ungleichheit einerseits als vertikale Ungleichheit, welche mit Konzepten von Klassen und Schichten beschrieben wird und Hierarchien in der Gesellschaft wiedergibt. Indikatoren dafür sind Einkommen, Vermögen, formaler Bildungsstatus und beruflicher Status. Andererseits benennen sie Ungleichheiten entlang horizontaler Merkmale, die sich nicht rein aus der sozialen Position erklären lassen. Dazu zählen Ungleichheiten aufgrund von Geschlecht oder ethnischer Zugehörigkeit und körperliche Ungleichheiten.

Das Zusammenwirken von horizontalen und vertikalen Merkmalen sozialer Ungleichheit und damit verbundener ungleicher Lebens- und

Lebensverwirklichungschancen wird als ‚Intersektionalität‘ bezeichnet (Kümpers/Alisch 2018, 53f).

Der Begriff der Intersektionalität geht auf den US-amerikanischen *Black Feminism* der 1980er Jahre zurück. Die Juristin Kimberlé Crenshaw (2013) bediente die Metapher der Straßenkreuzung, um auf der Basis von Diskriminierungserfahrungen schwarzer Frauen zu veranschaulichen, dass Diskriminierungen aus unterschiedlichen Richtungen kommen können und zu sehr spezifischen Verletzungen bzw. Verletzungsrisiken an bestimmten Kreuzungspunkten führen. Wie Lutz et al. (2013) bezüglich Intersektionalität treffend anmerken, ist es unmöglich, alle Ungleichheitsdimensionen bzw. Differenzkategorien umfassend zu repräsentieren. Dennoch, so die Autorinnen, hat Intersektionalität das Potential, fortwährend für neue mögliche Auslassungen sensibel zu bleiben.

Das Ziel dieses Beitrages ist es, Ungleichheiten aufzuzeigen, die unsere Forschungsschwerpunkte im Bereich von Palliative Care, Gerontologie und Dementia Care sowie Feministischer Care-Ethik betreffen. Mit einer „intersektionalen Forschungshaltung“ (Bolte/Lahn 2015, 62), deren Ziel es ist, ungleiche Machtverhältnisse, Exklusion und Marginalisierung zu verringern, möchten wir uns der Frage annähern, inwiefern durch die Pandemie in Bezug auf Gesundheit und Care Ungleichheiten erzeugt, tradiert oder zugespitzt werden. Eingangs ist uns wichtig darzustellen, dass Gesundheit und Care-Arbeit auch schon vor der Corona-Pandemie ungleich verteilt waren, um im Anschluss Wechselwirkungen zwischen Pandemie und Ungleichheiten im Bereich Gesundheit und Care aufzuzeigen.

2. *Gesundheit war schon vor der Pandemie ungleich verteilt*

Gesundheit bedeutet für uns umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden.

Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit (WHO 1986).

Diese Formulierung der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung der WHO (1986) ist für uns von ungebrochener Aktualität. Sie macht deutlich, dass die Chancen, ein gesundes Leben zu führen, ungleich verteilt sind

und es daher entsprechende Maßnahmen und Strukturen braucht, um Ungerechtigkeiten auszugleichen.

Der sozioökonomische Status wird regelmäßig als zentraler Einflussfaktor auf Gesundheit und Krankheit sowohl in Hinblick auf Morbidität (Inzidenz und Prävalenz) als auch auf Lebenserwartung, d. h. die Mortalität, beschrieben. Mit großer Stabilität in allen untersuchten Ländern der westlichen Welt sowie in verschiedenen Zeiträumen können diese Unterschiede nachgewiesen werden (Stronegger 2007). Benachteiligte sozioökonomische Positionen, die v. a. durch Einkommen, Bildung und berufliche Situation charakterisiert werden können, führen in Deutschland beispielsweise zu Unterschieden in der Lebenserwartung bei Männern um 8,6 und bei Frauen um 4,4 Jahre. Bei den meisten sogenannten ‚Volkskrankheiten‘, wie Diabetes, Atemwegserkrankungen, koronare Herzkrankheiten oder Depressionen, können ebenfalls Unterschiede aufgrund des sozioökonomischen Status beobachtet werden. Dies gilt auch für saisonale Influenza und auch die H1N1-Pandemie im Jahre 2009/2010: Sozioökonomisch benachteiligte Gruppen leiden stärker hinsichtlich Schwere der Erkrankungen, Inzidenz einer symptomatischen Infektion sowie Hospitalisierung und eines tödlichen Verlaufs (Wahrendorf et al. 2020).

Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheit können auch hinsichtlich des Geschlechts, Zugehörigkeit zu ethnischen Minderheiten, Pflegebedürftigkeit im Alter sowie hinsichtlich der Gesundheitsrisiken von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, trans- und intergeschlechtlichen Personen (LSBTI) beschrieben werden (Pöge et al. 2020). Erst 1990 erfolgte beispielsweise die Streichung von Homosexualität von der Liste der psychischen Erkrankungen durch die WHO, ein wichtiger Schritt für die Anerkennung der sexuellen Vielfalt. Gesundheit war davor also ausschließlich heteronormativ denk- und lebbar. Aus Sabina Misochs (2016) Literaturreview zu Bedürfnissen von homosexuellen Frauen und Männern im dritten und vierten Lebensalter geht deutlich hervor, dass deren Gesundheitszustand schlechter ist als bei gleichaltrigen Heterosexuellen. Als Ursache wird der permanente soziale Stress aufgrund der Normabweichung in einer heteronormativen Gesellschaft angenommen. Sind LSBTI-Personen alt und pflegebedürftig, verheimlichen sie ihre sexuelle Zugehörigkeit nicht selten, um nicht weiterer Diskriminierung ausgesetzt zu sein (Butler 2017; Castro Varela 2016; Misoch 2016).

Die Pflege von Menschen im Alter betrachten Gertrud Backes, Martina Wolfinger und Ludwig Amrhein als „Ausdruck einer geschlechterspezifischen Verknüpfung von Geschlecht, Alter(n) und Pflegebedürftigkeit“ (2008, 132). Über den gesamten Lebenslauf hinweg wird Geschlecht als soziale Klassifikation und als kulturelles Muster kontinuierlich hergestellt

und hat damit Einfluss sowohl auf die Lebenslage der pflegebedürftigen alten Menschen, als auch auf die Übernahme von Care und Pflegetätigkeiten. Geschlechterungleichheiten, wie z. B., dass Männer häufiger durchgängig in besser bezahlten Jobs arbeiten und Frauen eher – oft durch Phasen der Pflege – unterbrochene Berufskarrieren aufweisen, führen dazu, dass sich Geschlechterhierarchien auch im Alter und in Phasen der Pflegebedürftigkeit fortsetzen. Das hohe Armutsrisiko von alleinstehenden Frauen im hohen Alter, verbunden mit erhöhter Wahrscheinlichkeit chronisch und an mehreren Krankheiten zu leiden und auch eher mit einer demenziellen Erkrankung zu leben, ist ein Ausdruck dieser Verschränkung von Geschlecht mit anderen sozialen Kategorien.

3. Care-Arbeit war schon vor der Pandemie ungleich verteilt

Gerade im feministischen Diskurs wird die ungleiche und ungerechte Verteilung von Care-Arbeit schon lange aufgezeigt bzw. ist Teil der Frauenbewegungen von Anbeginn an, da sie eine Wurzel der patriarchalen Ausbeutung von Frauen darstellt. Der Care-Begriff hat sich in den letzten beiden Jahrzehnten im deutschsprachigen Raum gefestigt und Begriffe wie *Reproduktionsarbeit* oder *Hausarbeit* in den Hintergrund treten lassen, wenn auch nicht kritiklos (Haug 2013). Cornelia Klinger argumentiert, dass die frühere Terminologie zu stark am herkömmlichen Arbeitsbegriff orientiert ist und das nachvollziehbare Bemühen aufzeigt, „dass das, was Frauen tun, *auch* Arbeit ist“ (Gerhard/Klinger 2013, 268) und plädiert für den Begriff der „Lebenssorge“. Care soll in diesem Beitrag verstanden werden als Ein-sich-um-andere-Kümmern¹, sowohl privat als auch beruflich, und umfasst die Gesamtheit fürsorglicher Aufgaben wie Beziehungsarbeit, Hausarbeit, Betreuung und Pflege. Wir wollen nicht weiter in eine akademische Debatte über Begrifflichkeiten einsteigen, wollen aber dennoch darauf hinweisen, dass im feministischen Diskurs Einigkeit darüber besteht,

1 Unterschiede gibt es bezüglich der Breite des Care-Begriffs, wer als andere*r, um den*die sich gekümmert wird, gelten kann. Während bei Conradi (2001) eine Care-Beziehung durch mindestens zwei Menschen bestimmt ist, beziehen Fisher und Tronto (1990) die Selbstsorge und Umwelt in ihr Care-Verständnis ein. „On the most general level, we suggest that caring be viewed as a species activity that includes everything that we do to maintain, continue, and repair our ‘world’ so that we can live in it as well as possible. That world includes our bodies, our selves, and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web” (Fisher/Tronto 1990, 40).

dass Care-Arbeit v. a. zwischen Frauen und Männern ungleich verteilt ist, was auch als „*Gender Care Gap*“ (Villa 2020, 441f) bezeichnet wird. Aus dem deutschen Gleichstellungsbericht² aus dem Jahr 2017 geht hervor, dass Frauen täglich um 52 Prozent mehr unbezahlte Tätigkeit für andere als Männer leisten. *Gender Care Gap* und *Gender Pay Gap* stehen in einem Wechselverhältnis. Um die in einem traditionellen Geschlechterverhältnis (heterosexuelle Paarbeziehung) zugeschriebene Rolle, zu der die Zuständigkeit für die Care-Arbeit in der Familie gehört, ausüben zu können, arbeiten Frauen, v. a., wenn es Kinder gibt, großteils Teilzeit. Bei Erwerbstätigkeit sind Frauen überproportional in sozialen Berufen tätig, die wiederum schlecht bezahlt sind (Villa 2020, 443). Die Zuteilung von Sorgearbeit erfolgt nicht nur nach Geschlecht, sondern auch am Kreuzungspunkt von Klasse und Migration. Mit der Zunahme der Erwerbstätigkeit von Frauen, mit dem bereits erwähnten hohen Anteil an Teilzeitbeschäftigten gegen Ende des 20. Jahrhunderts, kam es zu einer nach wie vor im Steigen begriffenen Externalisierung von Care an Migrant*innen. Wichtiges Beispiel sind die 24-Stunden-Betreuer*innen, in Österreich vorrangig Frauen aus Rumänien und der Slowakei, die sich in prekären Arbeitsverhältnissen in Privathaushalten um pflegebedürftige alte Menschen kümmern (Leiblfinger/Prieler 2018). Helma Lutz und Anna Amelina (2017, 119) sprechen bezüglich der transnationalen Dienstleistungen im Zusammenhang von Care von der „Entstehung neuer, globalisierter sozialer Ungleichheiten“. Die geringe Bewertung von Care-Arbeit, die sich in der Bezahlung und Prekarität niederschlägt, ist Ausdruck der gegebenen hierarchischen Geschlechter-, Klassen- und Migrationsordnung.

4. Pandemische Ungleichheiten

4.1. Eine Frage von Arm und Reich

Gleich zu Beginn der Pandemie wurde der Blick in diskriminierender Weise auf die Generationen gerichtet. Während die älteren als generell vulnerabel galten – für viele unter ihnen ein Stigma – wurden die jüngeren als verantwortungslos und als Verursacher*innen von Clustern verleumdet. Wir schicken hier voraus, dass alle Altersstufen und Generationen

2 Da Österreich das letzte Mal 2008/2009 an der europaweit durchgeführten Zeitverwendungserhebung teilgenommen hat, liegen keine aktuellen Daten vor. Die Situation ist mit Deutschland aber vergleichbar.

von der Pandemie betroffen sind, Kindergartenkinder, Schüler*innen, Student*innen, junge Eltern oder ältere und alte Menschen. Jeder Lebensabschnitt hat seine eigenen Sorgen in der Pandemie. Wir schließen uns Anton Amann (2004) an, wenn er meint, dass die ungleiche Verteilung von Vermögen nicht so sehr eine Frage zwischen Jung und Alt, sondern vor allem eine zwischen Arm und Reich ist, und sehen das auch für die Pandemie so.

Stefanie Graefe et al. (2020, 414f) beobachteten im Zuge der ersten Pandemiewelle, dass, wenn sich Ältere in der Öffentlichkeit artikulierten, es zumeist privilegierte Ältere waren, die in einem selbst-heroisierenden Gestus von ihrer Generation einforderten, zu Hause zu bleiben, zugunsten der Jungen und der Wirtschaft. Unter Ausblendung der ungleichen Verteilung von sozialen und materiellen Ressourcen wurden normative Erwartungen von ihnen hervorgebracht, die für weniger privilegierte alte Menschen ohne eigene Immobilie, Terrasse oder Garten andere Konsequenzen haben als für sie. Die Autorinnen kritisieren den Steuerungsmodus der Eigenverantwortlichkeit bei gleichzeitiger Unsichtbarmachung der mangelnden Ressourcen von weniger reicher Alten.

Wir konnten es ja selbst beobachten und bereits wenige Wochen nach der Einführung der ersten Corona-Maßnahmen gab es in der Mannheimer Corona-Studie die ersten zahlenmäßigen Hinweise darauf, dass die soziale Ungerechtigkeit durch Corona zunahm: Im Home-Office, wo die Ansteckungsgefahr geringer ist, waren deutlich mehr Personen mit hohem Bildungsabschluss und gutem Verdienst, während Kurzarbeit und Jobverlust insbesondere Menschen mit geringem Einkommen betrafen (Möhring et al. 2020). Das Infektionsrisiko ist für Menschen in den sogenannten *system-relevanten Berufen* ungleich höher. Die extrem schlecht bezahlten, meist aus Südosteuropa stammenden Erntearbeiter*innen oder die Arbeiter*innen in fleischverarbeitenden Fabriken, die in oft unzumutbaren Wohnverhältnissen untergebracht sind, sind ungleich stärker ansteckungsgefährdet als Menschen im Home-Office.

Noch eklatanter ist der Unterschied zwischen armen und reichen Ländern. In den Wochen, in denen wir an diesem Text schreiben, berühren gerade die Bilder aus Brasilien oder Indien. Dort sind Impfungen, Arzneimittel und Sauerstoff knapp und stehen bei weitem nicht für alle zur Verfügung, die sie brauchen. Ärzt*innen und Pflegende stehen vielfach vor dem Zusammenbruch. Zuletzt ist sogar das Brennholz knapp, das benötigt wird, um die vielen Toten zu verbrennen. Weltweit, aber auch innerhalb Europas sind die Mittel, die es braucht, um die Pandemie zu bekämpfen, ungleich verteilt, das betrifft Masken, Schutzkleidung, Sauerstoff bis hin zur Impfung.

4.2. Auswirkung des sozioökonomischen Status auf Infektionsrisiko, Schwere der Erkrankung und Höhe der Sterblichkeit

„Auch beim neuen Coronavirus, das an sich nicht zwischen Menschen unterscheidet, müssen wir davon ausgehen, dass die individuellen gesundheitlichen Folgen stark vom sozialen Status abhängen“ (Heisig/König 2020, 38). Wenn wir nun doch zuerst den Fokus auf die körperliche Gesundheit richten, so fällt auf, dass sich die ungleiche Verteilung von Gesundheit in mehreren Parametern zeigt: im ungleichen Infektionsrisiko, in der unterschiedlichen Schwere der Erkrankung und in der höheren Sterblichkeit von sozial Schwächeren, die häufig ethnischen Minderheiten angehören.

Immer neuere empirische Daten weisen darauf hin, dass sozial schwache Gruppen am stärksten durch das neuartige Coronavirus gefährdet sind. So zeigen Daten aus Großbritannien und den USA, dass Angehörige ethnischer Minderheiten sich mit höherer Wahrscheinlichkeit infizieren, einen schwereren Krankheitsverlauf erleiden und ein höheres Sterberisiko haben. Ende April waren 34 Prozent der Covid-19-Erkrankten im Vereinigten Königreich schwarz, asiatisch oder gehörten einer anderen Minderheit an – mehr als doppelt so viele, wie es ihrem Anteil an der Bevölkerung (14 Prozent) entspräche (Li/Heisig 2020, 42).

Es ist bekannt, dass in ärmeren Wohngebieten das Risiko sich mit COVID-19 anzustecken, aber auch daran zu sterben, größer ist als in reicheren Wohngebieten; dies konnte sowohl in UK als auch in den USA gezeigt werden (Morris/Barnes 2020; Wadhwa et al. 2020; Whittle/Diaz-Artiles 2020), trifft aber sicher auf alle Länder zu.

Das Konzept der *Risikopatient*innen* macht deutlich, dass die Schwere der COVID-19-Erkrankung mit bestimmten Vorerkrankungen zunimmt:

Neben dem Alter sind Vorerkrankungen wie Übergewicht, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen wichtige Risikofaktoren, und diese sind in Deutschland wie in allen anderen reichen Volkswirtschaften sozial ungleich verteilt. (Heisig/König 2020, 39)

Wie schon erwähnt, ist das Risiko an COVID-19 zu sterben von den sozioökonomischen Verhältnissen abhängig. Die Zusammenhänge sind subtil, wenn auch leider nicht überraschend. So kann für Deutschland gezeigt werden, dass die Belastung durch Industrieabgase (die auch mit Feinstaubbelastung einhergeht) an Wohnorten mit niedrigem Einkommen deutlich höher ist. Und in den USA kann gezeigt werden, dass die COVID-19-Sterb-

lichkeit bei steigender Feinstaubbelastung höher ist (Heisig/König 2020; Wu et al. 2020).

Mit dem Infektionsrisiko in Zusammenhang stehen auch die Möglichkeiten, zu relevanten Gesundheitsinformationen zu gelangen und Gesundheitsvorsorge zu betreiben. Im Zusammenhang mit COVID-19 stellt die Impfung die wichtigste Präventionsmaßnahme dar, um eine Infektion mit dem Virus zu vermeiden. Selbst wer die Impfung wann erhält, ist sozial geschichtet. In einem Artikel zur Impfreihung des Nachrichtenmagazins *profil* (2. Mai 2021) wird die Gesundheitsökonomin Maria M. Hofmacher zitiert, die konstatiert, dass schwächere Schichten, zu denen viele Menschen mit Migrationshintergrund zählen, schwerer zu Impfterminen kommen. Um rasch geimpft zu werden, ist Eigeninitiative notwendig und besser Gebildete kommen einfacher zu den dafür notwendigen Informationen. Am Beispiel Wiens wird aufgezeigt, dass sich doppelt so viele Risikopatient*innen aus Nobelbezirken der Innenstadt für eine Impfung angemeldet hatten wie aus dem Arbeiterbezirk Favoriten. Der Weg zur Impfung (Information erhalten, Attest ausstellen lassen, Computeranmeldung) stellt demnach für sozial Schwächere eine wesentlich höhere Hürde dar.

4.3. Die Folgen der Covid-19-Maßnahmen für kranke und sterbende Menschen

Aber nicht nur die COVID-19-Erkrankung selbst ist in der Pandemie ungleich verteilt, sondern auch der Zugang zur Gesundheits- und Krankenversorgung insgesamt. Österreich erlebte im Jahr 2020 eine sogenannte *Übersterblichkeit*. Die Anzahl der Verstorbenen ist von 2019 auf 2020 sprunghaft angestiegen von etwa 83.000 auf etwa 90.000 (Statistik Austria 2021). Auch wenn genaue Auswertungen dazu noch fehlen, so ist bereits jetzt klar, dass nur ein Teil dieser Übersterblichkeit direkt auf das Virus zurückzuführen ist. Eine große Rolle spielt auch die Tatsache, dass in Zeiten der Pandemie der Zugang zu medizinischer Versorgung nicht so gut war wie vor der Pandemie. Die Prioritäten wurden auf die Versorgung von Menschen mit einer COVID-19-Infektion gesetzt, vielfach wurde Menschen mit anderen Erkrankungen der Zugang zur Versorgung verwehrt. Österreich ist da kein Einzelfall.

Befürchtet wird unter anderem, dass die Krebserkrankungen zunehmen werden, weil sich der Zugang zur Vorsorge deutlich verschlechtert hat (Gerechte Gesundheit, 2021).

Für die Sorge am Lebensende zeichnen Abel und Kolleg*innen (2020) ein ähnliches Bild für UK, das auch für andere Regionen zutrifft. Die normale Versorgung am Lebensende wurde in Großbritannien erheblich

eingeschränkt, so dass nur noch die am schwersten erkrankten Menschen ins Krankenhaus eingeliefert werden. Menschen, die vor der Pandemie möglicherweise eine Beatmungsunterstützung erhalten hätten, kann in der Pandemie der Zugang dazu verweigert werden, weil die entsprechenden Geräte für Corona-Kranke benötigt werden. Oft dürfen Menschen, die zum Sterben ins Krankenhaus eingeliefert werden, keine Besuche von Angehörigen empfangen und die Zahl der Teilnehmer*innen an Beerdigungen ist begrenzt. Die Wahl des bevorzugten Sterbeortes kann verweigert werden, ob zu Hause oder im Krankenhaus.

Wir beziehen uns auf ein ganzheitliches Menschenbild, wie es Palliative Care zugrunde liegt. Auch und gerade in der Pandemie ist es ratsam, nicht hinter die gewonnenen Erkenntnisse zurückzufallen. Es lohnt sich, sich das Konzept von *Total Pain* in Erinnerung zu rufen und das Menschenbild, das dahintersteht. Dieses Menschenbild geht davon aus, dass wir körperliche, seelische, soziale und spirituelle Wesen sind, und Gesundheit wie auch Krankheit durch alle diese Ebenen beeinflusst werden. So sind sowohl soziale als auch psychische und spirituelle Bedürfnisse ebenso wichtig wie physisch-körperliche. Der Fokus in der Krise liegt auf der virologischen Gesundheit – wir fragen uns: Wieso gelingt es in der Krise nicht, an die bisherigen Erkenntnisse anzuknüpfen? (Rösler et al. 2020)

4.4. Die Situation von Menschen mit Vergesslichkeit – zwischen Schutz und Selbstbestimmtheit

Gerade für Menschen mit kognitiven Einschränkungen und mit Vergesslichkeit sind die Maßnahmen der Corona-Pandemie besonders schwer nachvollziehbar. Oft können sie sich weder die Maßnahmen noch die Begründung dafür merken. Gelingende Kommunikation bildet die Grundlage für soziale Teilhabe und damit für ganzheitliche Gesundheit. Ob ein Leben mit Demenz lebenswert ist, hängt entschieden davon ab, wie sich die Umwelt gegenüber Menschen mit Demenz verhält. Wenn nun die Umwelt auf zuerst einen, später auf zwei Meter Distanz geht und eine Maske trägt, was mag das für Menschen mit Demenz bedeuten? Welche Schlüsse ziehen sie daraus? Kann Kommunikation so gelingen? Auch stand vor allem zu Beginn der Pandemie im ersten harten Lockdown die Vorstellung im Vordergrund, dass Menschen am sichersten sind, wenn sie das Haus nicht verlassen. Dies wurde in Österreich auch dadurch verstärkt, dass sich die Politik in Widersprüche verwickelt hat, was die Gründe, für die es erlaubt war, das Haus zu verlassen, betrifft. Sie waren also zunächst nicht klar und wechselten auch rasch. Pflegende Angehörige von Menschen mit

Demenz – in Österreich mehrheitlich Frauen – kamen dadurch in die Situation, den zu Pflegenden nahebringen zu wollen oder sollen, dass sie das Haus nicht verlassen dürfen. Dies ist aufgrund der Vergesslichkeit und des häufig großen Bewegungsbedürfnisses von Menschen mit Demenz eine unlösbare Aufgabe. Es überrascht nicht, dass Erzählungen von Gewalt in der Pflege zunahmen. Professionell und ehrenamtlich Beratende und Betreuende standen vor der Frage, ob und wie sie sich beratend positionieren sollen: Ging es vor allem um Sicherheit, das heißt darum, Angehörige dabei zu unterstützen, wie sie die Menschen mit Demenz daran hindern könnten, das Haus zu verlassen, oder stand die Selbstbestimmtheit der Menschen mit Demenz im Vordergrund und damit das Risiko, dass sie sich bei einem Spaziergang ansteckten, weil sie die Hygienemaßnahmen nicht einhalten konnten (Rösler et al. 2020)? In einer von den Autorinnen während der Pandemie durchgeführten Studie wurden in Interviews von Menschen mit Demenz wie auch ihren Angehörigen ebenfalls Belastungen angesprochen, aber auch positive Aspekte erwähnt. Wenn die noch berufstätigen pflegenden Angehörigen in Home-Office waren, erlebten dies die Personen mit Demenz durchaus als angenehm. Auch das Erlernen von Video-Meetings war für manche etwas Spannendes. Im Großen und Ganzen wurden jedoch mehr die Restriktionen durch die Pandemie beklagt, wie z. B. das Schließen der Tageszentren im ersten Lockdown. Die Hygienemaßnahmen führten vereinzelt zu Überforderungen beim Einkauf, sodass manche nicht mehr alleine wie vor der Pandemie einkaufen gingen, was zu Verlusten der Eigenständigkeit und des sozialen Aktionsradius führte (Pichler et al. 2021).

Auch in den Pflegeheimen spitzte sich das Dilemma zwischen Sicherheit und Selbstbestimmung zu: Angesichts der Tatsache, dass im ersten Jahr der Pandemie so viele Bewohner*innen von Pflegeheimen an COVID-19 verstarben, wurden drastische Maßnahmen gesetzt, um Ausbrüche der Infektion in den Pflegeheimen zu verhindern. Wochen- bis monatelange Besuchsverbote waren die Folge. Dieser exklusive Blick auf die virologische Gesundheit führte zu großem Leid der hochbetagten Menschen, denn auch Einsamkeit tut weh. Durch die Geschlechterbrille gesehen, ist es ein Dilemma, das vielfach Frauen betrifft, leben und arbeiten doch wesentlich mehr Frauen in einem Pflegeheim (Reitinger et al. 2016), wie auch mehr Frauen von Demenz betroffen sind.

4.5. Die Konsequenzen der Pandemie für Pflege- und Betreuungspersonen

Die Belastungen in der Krise betreffen Care-Arbeiter*innen ungleich stärker: Besonders betroffen vom erhöhten Infektionsrisiko ist die Pflege. Denn Pflege erfordert den physischen Kontakt mit oder die Nähe zu den Betroffenen, dadurch wird sie hochgefährlich. Es handelt sich dabei um einen großteils von Frauen ausgeübten Beruf, 92,2 Prozent der formellen Pflege- und Betreuungspersonen sind in Österreich weiblich (Statistik Austria 2019). Es reicht nicht aus, dass dieses erhöhte Risiko den Pflegenden durch einen Applaus um 18:00 abgegolten wurde. Die Gefährlichkeit der Pflege in Zeiten der Pandemie schränkt die Fähigkeit, Pflege in der erforderlichen Qualität zu leisten, drastisch ein (Fine/Tronto 2020). Zu Recht wird die Frage laut: „Who or what cares for care“ (Branicki 2020)? Oder auch: Wer hilft den Helfenden? Die Berichte darüber, dass Pflegenden gegen ihren Willen auf Corona-Stationen versetzt werden und dort in bunt zusammengewürfelten, einander fremden Teams in Schutzanzügen ihren Dienst verrichten, nötigen Respekt ab. Dass gleichzeitig und quasi reflexartig – wie vielfach berichtet wird – Besprechungszeiten, wie zum Beispiel Dienstübergaben, eingespart werden, um mehr Zeit für die direkte Pflege zu haben, ist ein bedauerlicher Irrtum: gerade in Krisen bringen Zeiten der Reflexion ein wenig und dringend benötigte Entlastung.

Wie bereits ausgeführt, etabliert sich für die Sorge von Pflegebedürftigen zu Hause zunehmend die 24-Stunden-Betreuung als Modell, schon in Zeiten ohne Pandemie ein fragiles Modell, das auf Einkommensungleichheiten zwischen reicheren und ärmeren Ländern beruht. Die symbolische Anerkennung von Sorgearbeit zu Beginn der Pandemie konnte nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Maßnahmen zu einer Zunahme des Prekariats der 24-Stunden-Betreuerinnen führten. Insbesondere die Ausgangs- und Reisebeschränkungen stellten emotionale und physische Belastungen dar, Zeiten der Quarantäne und Einreiseverbote führten zu finanziellen Einbußen und Unsicherheiten (Leiblfinger et al. 2021).

Auch für pflegende Angehörige hat die Pandemie gravierende Auswirkungen. In Österreich sind 73 Prozent der pflegenden Angehörigen Frauen (Nagl-Cupal et al. 2018), sodass diese Belastung mehrheitlich Frauen betrifft. Die Ergebnisse einer von der Volkshilfe (2021) im Frühjahr 2021 in Österreich durchgeführten Umfrage zeigen, dass für mehr als die Hälfte der Angehörigen die Betreuung und Pflege aufwendiger geworden ist, die Lebensqualität deutlich gesunken ist und es v. a. zu wenig Entlastungsmöglichkeiten gab und gibt. 67 Prozent der Befragten sprechen von körperlichen oder emotionalen Herausforderungen im Rahmen der Pflege während der Corona-Krise, viele nennen auch finanzielle Probleme.

4.6. Geschlechter(un)gerechtigkeit in der Care-Arbeit

Zwei Szenarien sind prinzipiell denkbar, das erste: Corona könnte die Geschlechtergerechtigkeit verbessern. Die Überlegungen, die dieses Szenario unterstützen, sind folgende: die *systemrelevanten* Berufe werden mehrheitlich von Frauen ausgeübt; Frauen müssen daher auch in der Krise ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen und gleichzeitig könnten Väter im Home-Office mehr Zeit für ihre Kinder haben. Auch sind Männer öfter selbstständig als Frauen und es hätte sein können, dass sie daher in der Krise ihr Unternehmen verlieren, weniger Zeit für Erwerbsarbeit und mehr Zeit für die Kinderbetreuung aufbringen. Das zweite Szenario geht davon aus, dass Mütter zusätzlich zur Berufstätigkeit und zur reproduktiven Tätigkeit im Haushalt nun auch die Sorge für den Unterricht ihrer Kinder zu Hause übernehmen. Die verfügbaren Zahlen weisen darauf hin, dass das Szenario der abnehmenden Gendergerechtigkeit eher zutrifft. Gleich in den ersten Wochen der Pandemie wies die Mannheimer Corona-Studie nach, dass die Wahrscheinlichkeit, nach einem Lockdown die Arbeit zu verlieren, für Frauen höher war als für Männer. Mütter übernehmen im Lockdown mehr Sorgearbeit für die Kinder als Väter, gleichzeitig bleibt die Verteilung der Hausarbeit gleich (Hipp/Bünning 2021). Auch die Sorgearbeit im Bereich der Angehörigenpflege hat im ersten Lockdown zugenommen: ausfallende 24-Stunden-Betreuerinnen, geschlossene Tageszentren und Sorge vor Ansteckung durch professionelle Betreuungspersonen in der häuslichen Pflege wurden durch die überwiegend weiblichen pflegenden Angehörigen kompensiert. Damit betrifft die Corona-Krise Frauen doppelt, durch weniger Erwerbseinkommen und mehr Sorgearbeit (Kohlrusch/Zucco 2020). Diese Mehrfachbeanspruchung durch die Care-Arbeit zu Hause ist ein wesentlicher Belastungsfaktor mit Folgen für die psychische und physische Gesundheit von Frauen (Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele der Stadt Wien 2020).

„Any boat in a storm“: Es scheint wohl so zu sein, und jede*r kennt das aus eigenem Erleben: in Krisenzeiten greifen wir schnell auf Altbewährtes zurück (Allmendinger 2020). Die Pandemie hat unseren Alltag, wesentliche Gesellschaftsbereiche und -ordnungen durcheinandergebracht und uns alle verunsichert. Altbewährtes gibt Sicherheit, Reibungsverluste und aufwendige Aushandlungsprozesse fallen durch den Rekurs auf eingebaute Traditionen weg. So ist es auch in der Corona-Krise: die zunehmenden Belastungen lassen weniger Zeit für Aushandlungsprozesse zwischen den Geschlechtern, die Verunsicherung lässt Paare und Familien auf traditionelle Rollenteilungen zurückgreifen.

Die Auswirkungen dieser Retraditionalisierung sind vielfältig. Traditionelle Familienbilder sind heteronormativ geprägt und werden in der Krise wieder dominanter. Daher macht u. a. der Lesben- und Schwulenverband Deutschlands darauf aufmerksam, dass und wie die politischen Maßnahmen im Zusammenhang mit Corona diskriminierend wirken:

Die Idee der heilen Familie ignoriert sowohl das massive Vorkommen von häuslicher Gewalt als auch die mitunter gravierenden Diskriminierungserfahrungen, die LSBTI in ihren Herkunftsfamilien machen müssen und daher mit diesen gebrochen haben. Freundschaften als Wahl- und Ersatzfamilie sind daher für LSBTI essenziell und überlebenswichtig. Ihnen soll jetzt ein gemeinsames Weihnachten verboten werden. Das verstärkt die soziale Isolation von LSBTI. (LSVD 2020)

Dies ist für ältere LSBTI besonders brisant, als diese oft keine jüngeren familiären Angehörigen haben, die sich um sie kümmern und sie häufiger alleine leben. Vor allem diejenigen ohne Partner*innen oder Mitbewohner*innen sind daher eher dem Risiko von Einsamkeit und Isolation ausgesetzt. Mehrere Freund*innen zu treffen und einander in Gruppen zu sehen war lange Zeit nicht möglich (LSVD 2020).

Die Einschränkung auf Kontakte zwischen Personen, die „im selben Haushalt leben“, wurde in Österreich erst im Laufe der Zeit erweitert zu Kontakten mit „engen Bezugspersonen“. Dieser Fokus führt einerseits, wie beschrieben, zu weniger oder schwierigerem Kontakt für Menschen, die alleine leben. Andererseits nahm durch diese *Verdichtung* und das Zusammenleben auf engem Raum die Gewalt in Familien und Gewalt an Frauen zu. Denn obwohl weniger Frauen den Schutz von Frauenhäusern aufsuchten, stieg die Anzahl der telefonischen Beratung während der Lockdown-Zeiten erheblich an. Vor allem psychische und ökonomische Gewalt und die Dauer der Beratungsgespräche haben zugenommen (red.wien.ORF.at, 2021).

5. Plädoyer für Care-Ethik in der Krise

Im Krisenmanagement wird und wurde vielfach eine maskuline und martialische Sprache verwendet. Ein Höhepunkt wurde erreicht, als Frankreichs Staatspräsident im März 2020 die Verschärfung der Corona-Maßnahmen begründete mit „Nous sommes en guerre“ („Wir sind im Krieg“). Branicki (2020) unterscheidet zwischen dem derzeit stattfindenden rationalen Krisenmanagement und einem wünschenswerten feministischen Krisenmanagement. Während *rationales* Krisenmanagement ein Abwägen

von Kosten und Nutzen betont und darauf abzielt, zur *alten Normalität* zurückzukehren, betont ein feministisches Krisenmanagement die relationale Logik von Zusammenleben auch in der Krise. Daher sind die Stärkung und Ausweitung von Beziehungen, das füreinander Sorgen und einander Unterstützen, Wege, über die Möglichkeiten zur sozialen Transformation führen.

Insofern ist ein Hauptunterschied in den Zugangsweisen die Perspektive der Zeitlichkeit: Rationales Krisenmanagement geht davon aus, dass eine Krise zeitlich begrenzt und sozial spezifisch ist. Im Gegensatz dazu sieht feministisches Krisenmanagement Krisen als andauernde und einander überlappende Phänomene, die miteinander zusammenhängen und denen vor allem durch die Stärkung von Beziehungen und Netzwerken begegnet werden kann. So formuliert Barbara Thiessen (2021): „Wenn zur Krise noch eine Pandemie dazukommt“.

In vielfacher Weise macht die Krise deutlich, wie sehr wir aufeinander verwiesen sind. Das sogenannte *Social Distancing* ist ja zunächst ein *Physical Distancing*, das in vielen Situationen, wie zum Beispiel im Pflegeheim, bedauerlicher Weise zu sozialer Distanz führt. Es macht uns deutlich, welche Rolle Beziehung und Nähe für unser psychisches, soziales, spirituelles, aber auch körperliches Wohlbefinden spielen. Auch hat sich herausgestellt, dass vorrangig jene Berufe relevant für ‚das System‘ sind, in denen es um fürsorgliche Aufgaben geht: Pflegende, Ärzt*innen, Apotheker*innen, Rettungsdienste, Feuerwehr, Pädagog*innen und jene Menschen, die uns dazu verhelfen, dass wir unsere Grundbedürfnisse nach Essen und Hygiene abdecken können (Schlegel 2020). Dass es eine Ethik braucht, die von Care ausgeht, ist ja nicht ein Gedanke, der erst in der Pandemie entstanden ist. Fine und Tronto (2020) sprechen von „the hidden truths about caring revealed by the COVID-19 pandemic“. COVID-19 und der Umgang damit machen die Bedeutung der Ethik der Fürsorglichkeit umso deutlicher.

Neben allem Leid, das die Pandemie mit sich bringt, birgt sie doch eine Chance für die Gesellschaft zu lernen, gerade in Bezug auf die gleiche und gerechte Verteilung von Care und Gesundheit (Care.Macht.Mehr 2021). Den Appellen, dass nach der Pandemie nicht vor der Pandemie werden soll, können wir uns hier nur anschließen.

Literatur

- Abel, Julian/Kellehear, Allan/Millington Sanders, Catherine/Taubert, Mark/Kingston, Helen: Advance care planning re-imagined: a needed shift for COVID times and beyond, in: *Palliative Care & Social Practice* 14 (2020) 1–8. DOI: 10.1177/2632352420934491.
- Allmendinger, Jutta: Zurück in alte Rollen Corona bedroht die Geschlechtergerechtigkeit, in: *WZB Mitteilungen* 168 (2020) 45–47.
- Amann, Anton: *Die großen Alterslügen. Generationenkrieg – Pflegechaos – Fortschrittsbremse?* Wien: Böhlau 2004.
- Backes, Gertrud M./Wolfinger, Martina/Amrhein, Ludwig: Geschlechterungleichheiten in der Pflege, in: Bauer, Ulrich/Büscher, Andreas: *Soziale Ungleichheit und Pflege*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2008, 132–153.
- Bolte, Gabriele/Lahn, Ulrike: Geschlecht in der Public-Health-Forschung zu gesundheitlichen Ungleichheiten: Potenziale und Begrenzungen des Intersektionalitätsansatzes. *GENDER – Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft* 7/2 (2015), 51–67.
- Branicki, Layla: COVID-19, ethics of care and feminist crisis management, in: *Gender, Work & Organization* 27 (2020) 872–883. DOI: 10.1111/gwao.12491.
- Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele der Stadt Wien (Hg.): *Frauengesundheit und Corona. Sammelband des Wiener Programms für Frauengesundheit. Schriftenreihe Frauen*Gesundheit*Wien 1* (2020), in: <https://www.wien.gv.at/gesundheit/beratung-vorsorge/frauen/frauengesundheit/pdf/frauengesundheit-corona.pdf> [04.06.2021].
- Butler, Sandra S.: Older lesbians' experiences with home care: Varying levels of disclosure and discrimination, in: *Journal of Gay & Lesbian* 29/4 (2017) 378–398. DOI: 10.1080/10538720.2017.1365673.
- Care.Macht.Mehr: *Großsputz! Care nach Corona neu gestalten* (2021), in: <https://care-macht-mehr.com/> [15.06.2021].
- Castro Varela, Maria do Mar: Altern Andere anders? Queere Reflexionen, in: Lottmann, Ralf/Lautmann, Rüdiger/Castro Varela, Maria do Mar: *Homosexualität_en und Alter(n). Ergebnisse aus Forschung und Praxis*. Wiesbaden: Springer VS 2016, 51–67.
- Conradi, Elisabeth: *Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit*. Frankfurt, New York: Campus Verlag 2001.
- Crenshaw, Kimberlé W. (2013): Die Intersektion von „Rasse“ und Geschlecht de-marginalisieren: Eine Schwarze feministische Kritik am Antidiskriminierungsrecht, der feministischen Theorie und der antirassistischen Politik, in: Lutz, Helma/Herrera Vivar, Maria Teresa/Supik, Linda: *Fokus Intersektionalität. Bewegungen und Verortungen eines vielschichtigen Konzeptes*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2013, 35–58.
- Fine, Michael/Tronto, Joan: Care goes viral: care theory and research confront the global COVID-19 pandemic, in: *International Journal of Care and Caring* 4/3 (2020) 301–309. DOI: 10.1332/239788220X15924188322978.

- Fisher, Berenice/Tronto, Joan: Toward a feminist theory of caring, in: Abel E. K./Nelson M.K. (Eds.): *Circles of care: Work and identity in women's lives*. New York: State University of New York 1990, 35–62.
- Gerhard, Ute/Klinger, Cornelia: Im Gespräch – Care/Fürsorgliche Praxis und Lebenssorge, in: *Feministische Studien* 2/13, Stuttgart: Lucius & Lucius 2013, 267–277.
- Gerechte Gesundheit: Versorgung von Krebspatienten hochgefährdet (22.04.2021), in: <https://www.gerechte-gesundheit.de/news/detail/versorgung-von-krebspatienten-hochgefahrdet.html> [18.06.2021].
- Graefe, Stefanie/Haubner, Tine/van Dyk, Silke: „Was schulden uns die Alten?“ Isolierung, Responsibilisierung und (De-)Aktivierung in der Corona-Krise, in: *Leviathan* 48/3 (2020) 407–432. <https://doi.org/10.5771/0340-0425-2020-3-407>.
- Haug, Frigga: Das Care-Syndrom: ohne Geschichte hat die Frauenbewegung keine Perspektive, in: *Widerspruch: Beiträge zu sozialistischer Politik* 32/62 (2013.) <http://doi.org/10.5169/seals-651848>.
- Heisig, Jan Paul/König, Christian: Das Virus ist nicht demokratisch. Soziale Ungleichheit prägt den Verlauf der Infektion, in: *WZB Mitteilungen* 168 (2020) 39–41.
- Hipp, Lena/Bünning, Mareike: Parenthood as a driver of increased gender inequality during COVID-19? Exploratory evidence from Germany, in: *European Societies* 23/1 (2021) 658–673. <https://doi.org/10.1080/14616696.2020.1833229>.
- Kohlrausch, Bettina/Zucco, Aline: Die Corona Krise trifft Frauen doppelt. Weniger Erwerbseinkommen und mehr Sorgearbeit, in: *Policy Brief WSI* 40 (2020). https://www.wsi.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-007676.
- Kümpers, Susanne/Alisch, Monika: Ungleichheiten des Alter(n)s in sozialräumlicher Perspektive, in: Bleck, Christian/van Rießen, Christian/Knopp, Reinhold: *Alter und Pflege im Sozialraum. Theoretische Erwartungen und empirische Bewertungen*. Wiesbaden: Springer VS 2018, 53–68.
- Leiblfinger, Michael/Prieler, Veronika/Schwiter, Karin/Steiner, Jennifer/Benazha Aranke, Vanessa/Lutz, Helma: Auswirkungen der Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie auf Live-in-Betreuer*innen, in: Aulenbacher Brigitte/Lutz Helma/Schwiter Karin: *Gute Sorge ohne gute Arbeit?* Weinheim: Beltz Juventa 2021, 92–103.
- Leiblfinger, Michael/Prieler, Veronika: Elf Jahre 24-Stunden-Betreuung in Österreich. Eine Policy- und Regime-Analyse. *Linzer Beiträge zu Wirtschaft-Ethik-Gesellschaft* 9, Linz: Katholische Privat-Universität Linz 2018.
- Li, Jianghong/Heisig, Jan Paul: Der Teufelskreis von Infektion und Ungleichheit. Corona hat soziale Ursachen und Folgen, in: *WZB Mitteilungen* 168 (2020) 42–44.
- LSVD: Corona: Auswirkungen auf Lesben, Schwule, Bisexuelle, trans- und intergeschlechtliche Menschen. Wie sich Covid19 auf das Leben von LSBTI auswirkt (2020), in: <https://www.lsvd.de/de/ct/2067-Corona-Auswirkungen-auf-Lesben-Schwule-Bisexuelle-trans-und-intergeschlechtliche-Menschen> [23.05.2021].

- Lutz, Helma/Amelina, Anna: Gender, Migration, Transnationalisierung. Bielefeld: transkript Verlag 2017.
- Lutz, Helma/Herrera Vivar, Maria Teresa/Supik, Linda: Fokus Intersektionalität – eine Einleitung, in: Lutz, Helma/Herrera Vivar, Maria Teresa/Supik, Linda: Fokus Intersektionalität. Bewegungen und Verortungen eines vielschichtigen Konzeptes. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2013, 9–31.
- Misoch, Sabina: „Lesbian, gay & grey“. Besondere Bedürfnisse von homosexuellen Frauen und Männern im dritten und vierten Lebensalter, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (2016). DOI 10.1007/s00391–016–1030–4.
- Möhring, Katja/Naumann, Elias/Reifenscheid, Maximiliane/Blom, Annelies G./Wenz, Alexander/Rettig, Tobias/Lehrer, Roni/Krieger, Ulrich/Juhl, Sebastian/Friedel, Sabine/Fikel, Marina/Cornesse, Carina: Die Mannheimer Corona-Studie: Schwerpunktbericht zu Erwerbstätigkeit und Kinderbetreuung (2020), in: <https://www.uni-mannheim.de/gip/corona-studie/> [29.04.2021].
- Morris, Chris/Barnes, Oliver: Coronavirus: Which regions have been worst hit? (2020), in: <https://www.bbc.com/news/52282844> [13.05.2021].
- Nagl-Cupal, Martin/Kolland, Franz/Zartler, Ulrike/Mayer, Hanna/Bittner, Marc/Koller, Martina/Parisot, Viktoria/Stöhr, Doreen: Angehörigenpflege in Österreich. Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke, in: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien: Universität Wien 2018.
- Pichler, Barbara/Egger, Barbara/Heimerl, Katharina/Reitinger, Elisabeth: Menschen mit Demenz und (assistive) Technologie. Perspektive der Betroffenen und ihrer informellen und formellen Betreuungs- und Pflegepersonen im häuslichen Settings, in: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien 2021 [im Erscheinen].
- Pöge, Kathleen/Dennert, Gabriele/Koppe, Uwe/Güldenring, Annette/Matthigack Ev B./Rommel, Alexander: Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen, in: Journal of Health Monitoring 5/1 (2020). DOI 10.25646/6448.
- Profil: Analyse. Geimpft im Homeoffice? Profil 52/18 (2021) 22–23.
- red.wien.ORF.at: Weniger Schutzsuchende in Frauenhäusern (26.02.2021), in: <https://wien.orf.at/stories/3091546/> [23.05.2021].
- Reitinger, Elisabeth/Lehner, Erich/Pichler, Barbara/Heimerl, Katharina: „Doing Gender“ im Altenpflegeheim: Perspektiven von Mitarbeitenden und Führungskräften, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 49/8 (2016) 700–705. DOI 10.1007/s00391–016–1147–5.
- Rösler, Petra/Heimerl, Katharina/Dressel, Gert/Bachinger, Nicole/Schönborn, Raphael/Wegleitner, Klaus: Care trotz Corona mit und für Menschen im Alter. Ein Nachdenk- und Diskussionspapier, Wien: kardinal könig haus 2020.
- Schlegel Lena: Care-Ethik und Corona: Eine Perspektive der (Für-)Sorge (15.04.2020), in: <https://uni-tuebingen.de/einrichtungen/zentrale-einrichtungen/internationales-zentrum-fuer-ethik-in-den-wissenschaften/publikationen/blog-bedenkzeiten/weitere-blog-artikel/care-ethik-und-corona-eine-perspektive-der-fuer-sorge/> [29.04.2021].

- Statistik Austria: Betreuungs- und Pflegedienste (2019), in: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialeleistungen_auf_ländesebene/betreuungs_und_pflegedienste/index.html [04.06.2021].
- Statistik Austria: Sterbefälle des Jahres 2020 im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2015 bis 2019 nach Kalenderwoche und Geschlecht (2021), in: https://www.statistik.at/web_de/presse/125167.html [13.05.2021].
- Stiglitz Joseph: *The Price of Inequality: How Today's Divided Society Endangers Our Future*, New York: Norton 2012.
- Stiglitz Joseph: *The great divide: Unequal Societies and What We Can Do About Them*, New York: Penguin 2016.
- Stronegger Willibald J.: Gesundheitliche Ungleichheit -Verhalten oder Verhältnisse? Sozial-epidemiologische Modelle und Evidenz, in: FGÖ: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Tagungsband der 9. Österreichischen Präventionstagung 2007, in: <https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/2017-10/2009-08-28%204.pdf> [21.06.2021].
- Thiessen Barbara: Großputz! Care nach Corona neu gestalten (20.01.2021), in: <https://www.fes.de/themenportal-gender-jugend-senioren/gender-matters/gender-blog/beitrag-lesen/grossputz-care-nach-corona-neu-gestalten> [29.04.2021].
- Villa, Paula-Irene: Corona-Krise meets Care-Krise – Ist das systemrelevant?, in: *Leviathan* 3 (2020), 433–450.
- Volkshilfe: Österreichweite Umfrage von pflegenden Angehörigen. Pressekonferenz 11.05.2021, in: https://www.volkshilfe.at/fileadmin/user_upload/Media_Library/Bilder/Bilder_nach_Themen/Pflege/PK_Ergebnisse_Umfrage_2021.pdf [04.06.2021].
- Wadhwa, Rishi K./Wadhwa, Priya/Gaba, Prakriti/Figueroa, Jose F./Joynt Maddox, Karen E./Yeh, Robert W/Shen, Changyu: Variation in COVID-19 Hospitalizations and Deaths Across New York City Boroughs. *Chicago: JAMA* (2020). doi:10.1001/jama.2020.7197.
- Wahrendorf, Morten/Knöchelmann, Anja/von dem Knesebeck, Olaf/Vonnelich, Nico/Bolte, Gabriele/Lehmann, Frank/Schmidt, Maike J./Butler, Jeffrey/Schmidt, Felicitas/Böhm, Claudia/Lunau, Thorsten/Dragano, Nico: Verschärfen COVID-19 Pandemie und Infektionsschutzmaßnahmen die gesundheitlichen Ungleichheiten? [Hintergrundpapier, AG Indirekte Gesundheitsfolgen von Maßnahmen des Infektionsschutzes des Kompetenznetzes Public Health zu COVID-19] (2020), in: https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Hintergrundpapier_SozUngl_COVID19_final.pdf [03.06.2021].
- Whittle, Richard S./Diaz-Artiles, Ana: An ecological study of socioeconomic predictors in detection of COVID-19 cases across neighborhoods in New York City. *BMC Medicine* 18/271 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01731-6>.
- WHO Europe: Ottawa Charter für Gesundheitsförderung (1986), in: https://fgoe.org/glossar/ottawa_charta [04.05.2021].
- WHO Europe: Health inequity and the effects of COVID-19: assessing, responding to and mitigating the socioeconomic impact on health to build a better future. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2020.

Wu, Xiao/Nethery, Rachel C./Sabath, Benjamin M./Braun, Danielle/Dominici, Francesca: Exposure to Air Pollution and COVID-19 Mortality in the United States: A Nationwide Cross-Sectional Study (2020), in: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.05.20054502v1> [28.05.2020].

Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen, Familien und Paaren

Marie-Christin Hinteregger

Ein Zwischenresümee im Sommer 2021: Seit mehr als einem Jahr steht unser alltägliches Leben unter dem massiven Einfluss der COVID-19-Pandemie. Social Distancing, Ausgangsbeschränkungen, Testpflicht, FFP2-Masken, Home Office und Home Schooling – um nur ein paar der Begriffe zu nennen, die das vergangene Jahr geprägt haben – gehören längst gewissermaßen zu unserem Alltag und sind für die meisten von uns lange nicht mehr so befremdlich wie noch zu Beginn der Pandemie. Vielerorts lag das Augenmerk der Öffentlichkeit im letzten Jahr auf den gesundheitlichen Auswirkungen einer Infektion mit SARS-CoV2 sowie deren Vermeidung, in jüngster Vergangenheit finden jedoch auch die psychischen Auswirkungen der Pandemie sowie der Maßnahmen zu ihrer Eindämmung Beachtung in Forschung und Medien. Was im vergangenen Jahr unseren privaten wie auch beruflichen Alltag prägt, geht nicht spurlos an uns vorüber: Wir fürchten, uns mit dem Virus zu infizieren oder andere Menschen durch eine Ansteckung zu gefährden; die Pandemie konfrontiert uns unausweichlich mit unserer eigenen Vulnerabilität und Sterblichkeit. Wir empfinden Angst vor Kontrollverlust und existenzielle Ängste, die bei finanziellen Sorgen und der Sorge um unsere eigene sowie die gesamtwirtschaftliche Lage beginnen, und sich über Ängste die ausreichende (intensiv-)medizinische Versorgung betreffend bis hin zu Ängsten der Versorgungsknappheit erstrecken. Diese waren insbesondere im ersten Lockdown des vergangenen Jahres im Hinblick auf Lebensmittel und Gebrauchsgüter des täglichen Bedarfs wie Toilettenpapier und Seife deutlich spürbar.

Angst ist in dieser herausfordernden Zeit zu unserer ständigen Begleiterin geworden – doch was bedeutet das für uns? Als emotionaler Zustand steht Angst bzw. Furcht in Verbindung sowohl mit psychischen als auch mit physiologischen Reaktionen. Neben einem Gefühl der Anspannung, der Besorgtheit bzw. subjektiven Bedrohung, neben innerer Unruhe und Nervosität kommt es auch zu einer erhöhten Aktivität des autonomen Nervensystems sowie zu einem Anstieg von Blutdruck und Herzfrequenz

(vgl. Dorsch Lexikon der Psychologie 2019, 2021). Angst stellt eine überlebensnotwendige Stressreaktion auf eine gefährliche Situation dar, indem das Gehirn Botenstoffe produziert, die die Abgabe von Hormonen der Nebennierenrinde anregen und in potenziell lebensbedrohlichen Gefahrensituationen zu einer Mobilisation der letzten Kraftreserven führen, um eine Kampf- oder Fluchtreaktion zu ermöglichen. Handelt es sich jedoch – wie im Fall der COVID-19-Pandemie – nicht um eine einmalige bzw. kurzfristige Gefahrensituation, sondern um eine länger andauernde oder gar stabile Veränderung unserer äußeren Lebenswelt, kann aus einer evolutionsbiologisch sinnvollen Notfallreaktion Dauerstress werden, der wiederum – erleben wir die Situation als nicht bewältigbar – stressbedingte psychische sowie körperliche Erkrankungen zur Folge haben kann (vgl. Hüther 2012). Hinzu kommt, dass durch die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie viele jener Ressourcen und Möglichkeiten, die uns Einzelnen sowie auch ganzen Familiensystemen Entlastung bringen – so genannte *Qualitätszeit*, also unbeschwerte Freizeitaktivitäten, Urlaubsreisen, soziale Kontakte und vieles mehr – im vergangenen Jahr nur stark eingeschränkt bis gar nicht verfügbar waren. Die Zeiten, in denen ein dauerhaft angespanntes System also Erholung erfährt und Menschen die nötige Kraft für die Bewältigung ihrer alltäglichen Herausforderungen tanken können, mussten häufig und über lange Strecken hinweg zur Gänze ausfallen.

Auf die Auswirkungen, die diese drastischen Veränderungen unseres Alltags insbesondere auf Kinder, Jugendliche, Familien und Paare haben, möchte ich im vorliegenden Beitrag eingehen. Ich beziehe mich dabei insbesondere auf meine persönlichen Erfahrungen aus meiner klinisch-psychologischen Tätigkeit. Zusammen mit meinem Kollegen führe ich eine psychologisch-psychotherapeutische Praxis, in der wir uns auf die Therapie und Beratung von Kindern, Jugendlichen, Familien und Paaren spezialisiert haben; im Zuge unserer Tätigkeit haben wir in den vergangenen Monaten weitreichende Einblicke in die lebensweltlichen Veränderungen sowie die daraus resultierenden Veränderungen der psychischen Gesundheit und Lebenszufriedenheit unserer Klientinnen und Klienten erhalten. Im Folgenden möchte ich einige unserer Beobachtungen teilen, sie in Beziehung zur aktuellen Forschung setzen sowie auch einen Ausblick auf die Möglichkeiten des Umgangs mit dem sich deutlich zeigenden Anstieg psychischer Erkrankungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie und den Maßnahmen zu ihrer Eindämmung geben.

1. Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Eine Studie der Donau-Universität Krems, durchgeführt in Kooperation mit der Medizinischen Universität Wien und dem Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, präsentiert uns ein Ergebnis, das als höchst alarmierend angesehen werden kann: Die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern zwischen 14 und 20 Jahren hat sich drastisch verschlechtert. 64 Prozent von ihnen leiden unter klinisch relevanten Symptomen einer Essstörung, mehr als die Hälfte zeigt depressive Symptome und 50 Prozent der Jugendlichen leiden unter Ängsten. Auch die Auftretenshäufigkeit von Schlafstörungen hat zugenommen, bereits ein Viertel aller Schülerinnen und Schüler ist davon betroffen. Besonders deutlich zeigen sich die Auswirkungen psychischer Belastung im Bereich der Suizidalität: 16 Prozent der Jugendlichen haben täglich oder an mehr als der Hälfte der Tage suizidale Gedanken. Die Ergebnisse sind äußerst besorgniserregend, denn die Häufigkeit von depressiven Symptomen und Angstsymptomen hat sich damit im Vergleich zum Zeitraum vor der COVID-19-Pandemie bereits verfünff- bis verzehnfacht (vgl. Pich et al. 2021).

Diese Studienergebnisse decken sich traurigerweise mit dem, was wir im Alltag unserer klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Praxis beobachten: Kinder und Jugendliche reagieren auf die Pandemie sowie auf die Maßnahmen, die zu ihrer Eindämmung gesetzt wurden – und vielen von ihnen scheinen die gesunden, nicht-destruktiven bzw. nicht-selbstschädigenden Reaktionsmöglichkeiten schlichtweg ausgegangen zu sein. Im vergangenen Jahr waren es insbesondere zwei Copingstrategien, die uns als Antwort auf Home Schooling und Social Distancing in unserer Praxis vorrangig begegneten und die sich in diesem Zusammenhang am besten in internalisierende und externalisierende Verhaltensmuster unterteilen lassen. Dabei ist jedoch vorauszuschicken, dass es sich in beiden Fällen um unvollständige Copingstrategien handelt, also um Bewältigungsversuche, die zwar als gesunde (im Sinne von: verständliche) Reaktion auf eine ungesunde Situation gelten können, diese jedoch nicht zu verändern vermögen und so letztlich wiederum selbst in einer ungesunden Situation für die Betroffenen resultieren.

1.1 Internalisierende Verhaltensmuster

Sprechen wir von internalisierenden Verhaltensmustern oder internalisierendem Problemverhalten, so meinen wir Verhaltensauffälligkeiten, die

primär nach innen gerichtet sind. Der Begriff der internalisierenden Störung stellt somit einen Sammelbegriff für Depressionen und Angststörungen im Kindes- und Jugendalter dar. Da internalisierende Verhaltensmuster durch überkontrollierte Verhaltensstrategien gekennzeichnet sind und sich durch passiv-defensives und vermeidendes Verhalten sowie Zurückhaltung im Sozialkontakt zeigen, gehen sie oftmals auch mit psychosomatischen Störungen, Störungen des Essverhaltens sowie Zwangsstörungen einher (vgl. Pschyrembel online 2016).

Internalisierende Verhaltensmuster beobachten wir im vergangenen Jahr verstärkt bei Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen zehn und 18 Jahren. Dabei sind depressive und Angstsymptome vorherrschend, diese werden oftmals von selbstverletzendem Verhalten und suizidalen Gedanken begleitet. Besonders die Auftretenshäufigkeit selbstdestruktiver Verhaltensweisen und suizidaler Gedanken hat im Vergleich zum Zeitraum vor Beginn der Pandemie stark zugenommen. Auffallend ist dabei, dass die auftretenden Symptome bei den meisten von uns behandelten Kindern und Jugendlichen in kausalem Zusammenhang zur Schulsituation im vergangenen Jahr stehen: Die Schülerinnen und Schüler äußern Überforderung mit den Lehrinhalten sowie deren Umfang, geringere wahrgenommene Unterstützung durch die Lehrkräfte im Home Schooling, fehlende Motivation durch mangelnden Einbezug beim Online-Unterricht sowie fehlende soziale Kontakte mit Mitschülerinnen und Mitschülern. Bei vielen von ihnen haben sich die Noten im vergangenen Jahr im Vergleich zum Zeitraum vor der Pandemie verschlechtert, Leistungsbereitschaft und Motivation haben deutlich abgenommen. Eine besondere Herausforderung stellte für viele Schülerinnen und Schüler auch der Wechsel von der Primar- in die Sekundarstufe im Herbst des vergangenen Jahres dar: Sie hatten aufgrund der geringen Präsenzzeit zu Beginn des Wintersemesters keine Gelegenheit, den Schulbetrieb, die Lehrkräfte oder die Mitschülerinnen und Mitschüler persönlich kennenzulernen, was eine gelungene Umstellung für viele von ihnen deutlich erschwerte.

Um sich der belastenden Gesamtsituation zu entziehen, fliehen derzeit viele Kinder und Jugendliche, die zu internalisierenden Verhaltensmustern tendieren, in fiktive Welten, was das Risiko einer Mediensucht erhöhen kann (vgl. Pieh et al. 2021, Hanke et al. 2021). Andere wiederum reagieren auf die unkontrollierbare Situation im Außen mit Zwangshandlungen, die zumindest im Innen eine Illusion der Kontrollierbarkeit erzeugen und von den Kindern und Jugendlichen meist als im Moment angstmindernd und spannungsreduzierend, zugleich aber langfristig als belastend und stigmatisierend erlebt werden. Eine ähnliche, von den Betroffenen in der Regel als akut spannungslösend empfundene, jedoch

langfristig problematische Copingstrategie stellt auch autoaggressives bzw. selbstverletzendes Verhalten dar. In beiden Fällen – sowohl bei Zwangshandlungen als auch bei Selbstverletzung – handelt es sich um unvollständige Bewältigungsversuche, die den Betroffenen nur kurzzeitig subjektiv empfundene Erleichterung verschaffen. Ziel einer psychologischen Therapie bzw. Psychotherapie kann daher das Verfügbarmachen und Einüben von alternativen, bestenfalls gesunden bzw. weniger schädlichen Bewältigungsstrategien sein.

1.2 Externalisierende Verhaltensmuster

Expansive bzw. externalisierende Verhaltensstörungen (vgl. Pschyrembel online 2016) zeigen sich als nach außen gerichtete Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter wie beispielsweise Störungen des Sozialverhaltens, Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten oder die Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörung (ADHS). In unserer Praxis beobachten wir externalisierende Verhaltensmuster vorrangig bei Schulkindern im Alter bis zu zehn Jahren. Nun sei an dieser Stelle angemerkt, dass das gehäufte Vorkommen externalisierender Verhaltensmuster nicht auf eine Erhöhung der generellen Prävalenzrate von Verhaltensstörungen und ADHS im Kindes- und Jugendalter als Auswirkung der COVID-19-Pandemie zurückzuführen ist. Vielmehr sind die Auswirkungen der Pandemie und der ergriffenen Maßnahmen als eine Art Katalysator zu verstehen, der die bereits vorhandenen Symptomatiken verstärkt und in ihrer Genese beschleunigt. So leiden Kinder beispielsweise keineswegs aufgrund der Pandemie an ADHS; sie leiden jedoch aufgrund des Home Schoolings häufig unter dem Fehlen einer für die Betroffenen so wichtigen Tagesstruktur sowie aufgrund der einschränkenden Maßnahmen meist auch unter einem Bewegungsmangel, der im Kontext dieses Störungsbildes besonders drastische Auswirkungen zeigt und oftmals dazu führt, dass die Agitation nicht ausgelebt werden kann, sich stattdessen aufstaut und sich als unkontrollierte Aggression entlädt. Dies zeigt sich in hyperaktiven sowie aggressiven Verhaltensauffälligkeiten entweder in der Schule, zuhause oder in beiden Bereichen – und resultiert nicht zuletzt bei einigen der von uns behandelten Kinder darin, dass sie die verpflichtenden COVID-Tests im Unterricht verweigern.

Externalisierende Störungen haben im Gegensatz zu den internalisierenden, nach innen gerichteten Verhaltensmustern den Vorteil, dass sie vom Umfeld der betroffenen Kinder und Jugendlichen relativ leicht erkannt werden. Auch ist der Leidensdruck von Eltern, Lehrkräften und

anderen Personen aus dem Bezugssystem hoch, da externalisierende Störungen einen deutlich spürbaren Einfluss auf das soziale Miteinander haben. Während internalisierende Störungen, die sich nach außen hin eher durch Traurigkeit und sozialen Rückzug bemerkbar machen, häufig übersehen werden, ist dies bei externalisierenden Verhaltensmustern selten der Fall; sie werden aufgrund ihrer Auffälligkeit eher wahrgenommen. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen erhalten infolgedessen auch umso wahrscheinlicher Unterstützung in Form von psychologischer Therapie bzw. Psychotherapie. Diese besteht zu einem wesentlichen Teil aus der Beratung der Eltern im Hinblick auf Tagesstrukturierung, Sensibilisierung für die Bedürfnisse der Kinder, das Setzen von Grenzen und die Förderung gesunder Stressbewältigungsstrategien.

1.3 Risikofaktor Home Schooling

Was für manche Kinder und Jugendliche der Leistungsdruck ist, die guten Noten von früher halten zu wollen, es aber im Kontext des Home Schoolings nicht zu schaffen, ist für manch andere die reale Angst, eine Klasse wiederholen zu müssen. Spätestens an dieser Stelle kommen auch die Eltern mit ins Spiel, die im vergangenen Jahr nicht nur ihrer eigenen Rolle gerecht werden, sondern zum Teil auch in jene von Pädagoginnen und Pädagogen schlüpfen mussten. Oftmals selbst unter prekären Arbeitsbedingungen im Bereich der medizinischen Versorgung, der Pflege oder des Handels beschäftigt, von drohendem oder tatsächlichem Arbeitsplatzverlust betroffen oder im Home Office auf begrenztem Raum mit den anderen Familienmitgliedern, bemühen sich Eltern um den Spagat zwischen ihren Rollen als Motivator*innen, Kontrolleur*innen, Erzieher*innen, Seelentröster*innen und als interimistische Lehrkräfte. Dabei sind in den meisten Fällen sowohl ihre zeitlichen Ressourcen als auch ihre Möglichkeiten, bei komplexen Aufgabenstellungen in der Sekundarstufe unterstützen zu können, limitiert. Familien geraten in derartigen Überforderungssituationen nur allzu leicht in eine Negativspirale, die aus eigener Kraft nur schwer zu verlassen ist: Die Schülerinnen und Schüler sind lust- und antriebslos, überfordert und verzweifelt, die Eltern sind sowohl bemüht als auch gewissermaßen verpflichtet zu unterstützen. Es kommt zu Auseinandersetzungen in Bezug auf schulische Belange und zu negativen Beziehungserfahrungen, die sich häufen. Zugleich schränken die wiederkehrenden Maßnahmen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie die Möglichkeiten, unbeschwerte Zeit als Familie miteinander zu verbringen, teilweise drastisch ein – man denke nur an die Zeiten gesperrter

Kinderspielplätze und strikter Ausgangsbeschränkungen bei Tag. Eltern geraten so unversehens in die Rolle, ihre kaum noch zu motivierenden Kinder regelrecht zum Unterricht zwingen zu müssen, um ihrer Verantwortung nachzukommen, was zu Widerstand bei den Kindern führt und sich häufig darin äußert, dass ihre depressiven und Angstsymptome bzw. aggressiven Verhaltensmuster unter Druck weiter zunehmen. Das Thema Schule wird so Tag für Tag zu einem Kampf zwischen Kindern und Eltern, der meist in Auseinandersetzungen und Streit resultiert und die familiären Spannungen sukzessive erhöht. Nach einem Jahr Pandemie beobachten wir, dass sich der Kontakt vieler Eltern mit ihren Kindern inzwischen beinahe ausschließlich auf schulische Belange beschränkt und sich dabei – kaum überraschend – für beide Seiten deutlich belastet und negativ behaftet darstellt. Die Beziehung ist problemzentriert und kreist um das belastende Thema; Erholungsphasen in Form von unbeschwerter Qualitätszeit, die in jeder Familie, noch mehr jedoch in von psychischen Erkrankungen betroffenen Bezugssystemen eine wesentliche Ressource darstellen, existieren nur eingeschränkt und entlang der jeweils aktuellen Maßnahmen. Eine wesentliche und meist initiale Intervention im Rahmen einer psychologischen Therapie bzw. Psychotherapie ist daher die bewusste (Wieder-)Einführung gemeinsamer Zeit von Eltern und Kindern bzw. Jugendlichen abseits der schulischen Verpflichtungen zur Entlastung der angespannten Familiensituation.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass es sich bei den klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen in unserer Praxis um Privatleistungen handelt. Dies legt nahe, dass die hier beschriebenen Beobachtungen in Bezug auf die drastische Verschlechterung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen während der COVID-19-Pandemie sich zwar auf Familien mit unterschiedlichem sozioökonomischem Hintergrund beziehen, diese dennoch tendenziell keiner akut armutsgefährdeten Risikogruppe angehören. Haushalte mit Kindern stellen jedoch generell eine solche Risikogruppe dar; vor allem alleinerziehende Eltern und Mehrpersonenhaushalte mit mehr als drei Kindern weisen in Österreich ein erhöhtes Armutsrisiko von 25 Prozent auf (vgl. Stoppacher/Saurug 2018). Dies hat weitreichende Auswirkungen, die die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zusätzlich negativ beeinflussen können, so beispielsweise fehlende finanzielle Mittel, um die notwendige technische Ausstattung für das Home Schooling zur Verfügung zu stellen, beengten Wohnraum und – besonders für Alleinerziehende – die teilweise Unvereinbarkeit von existenziell notwendiger Berufstätigkeit und erforderlicher Kinderbetreuung in Zeiten des Home Schoolings.

2. *Das Familiensystem als Klient in der psychologischen Therapie bzw. Psychotherapie*

Wie bereits aus den vorangegangenen Zahlen und Beobachtungen deutlich wird, sind Familien stark betroffen von den vielfältigen Auswirkungen, die die COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit hat. Dies bezieht sich auf Kinder und Jugendliche, aber ebenso auf Erwachsene: Mehrere Studien aus dem europäischen Raum, darunter auch eine der Donau-Universität-Krems, zeigen, dass die psychische Dauerbelastung im vergangenen Jahr zu drastischen Anstiegen unterschiedlicher Symptomatiken und einer deutlichen allgemeinen Verschlechterung der psychischen Gesundheit sowie der Lebenszufriedenheit geführt hat. Etwa ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung leidet unter depressiven Symptomen, von Angstsymptomen sind 23 Prozent betroffen und 18 Prozent leiden unter Schlafstörungen. Bei jungen Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 24 Jahren ist sogar bereits die Hälfte von depressiven Symptomen betroffen. Besonders alarmierend ist auch die starke Zunahme von Fällen schwerer Depression, die sich im vergangenen Jahr verzehnfacht haben (vgl. Dale et al. 2021).

Besonders stark betroffen von den psychischen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie sind jene Personen, die bereits davor an einer psychischen Erkrankung litten: Die Wahrscheinlichkeit, erneut klinisch relevante Symptome zu entwickeln, ist während der Pandemie etwa doppelt so hoch (vgl. Schröder 2021). Auch wir konnten beobachten, dass psychische Vorerkrankungen wie Depressionen und Schlafstörungen, Störungen des Essverhaltens sowie Zwangsstörungen insbesondere in Zeiten der Ausgangsbeschränkungen erneut auftraten oder die Symptome sich häufiger bzw. intensiver zeigten. Für Menschen, die aufgrund ihrer Geschichte also bereits vorbelastet sind und eine höhere Vulnerabilität für das (erneute) Auftreten psychischer Erkrankungen aufweisen, erscheinen entsprechende Präventionsmaßnahmen sowie das Erlernen gesunder Bewältigungsstrategien daher umso wichtiger.

Anhand der Befunde wird deutlich, dass sich die Auswirkungen der Pandemie innerhalb von Familien tendenziell potenzieren, indem sowohl Eltern als auch Kinder von psychischen Belastungen betroffen sein können und sich die Belastung einzelner Familienmitglieder zugleich stets auch im gesamten Familiensystem niederschlägt. Auch spielt die Paarbeziehung der Eltern eine wesentliche Rolle im Hinblick auf die Familiengesundheit: Etwa die Hälfte aller Paare in Österreich lebt mit Kindern (vgl. Statistik Austria 2018) und sowohl für sie als auch für kinderlose Paare und Eltern erwachsener Kinder stellen die Erfordernisse des vergangenen Jahres

häufig eine Zerreißprobe dar. Erneut zeigt sich in der klinisch-psychologischen bzw. psychotherapeutischen Praxis, dass die Pandemie sowie die Maßnahmen zu ihrer Eindämmung wie ein Katalysator wirken, der die Entstehung von Paarkonflikten beschleunigt und bereits vorhandene Konflikte schneller und deutlich heftiger eskalieren lässt. Viele Paare berichten von vermehrten Auseinandersetzungen und von fehlender Qualitätszeit – sowohl mit der Familie als auch zu zweit; sie vermissen unbeschwerte Auszeiten in Form von Ausflügen oder Urlaubsreisen. Während in Zeiten des Lockdowns kein Abendessen im Restaurant in ruhiger Zweisamkeit möglich war, finden die meisten Paare auch in Zeiten geöffneter Gastronomiebetriebe nur in seltenen Ausnahmefällen Personen aus dem familiären Umfeld, um auf die Kinder aufzupassen. Großeltern und andere Angehörige, so sie denn in der Nähe der Familie wohnen, kommen aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe meist nicht in Frage, was neben den fehlenden innerfamiliären Sozialkontakten auch in einer als mangelhaft wahrgenommenen Unterstützung bei vielen Eltern resultiert. Außerfamiliäre Kinderbetreuung lässt sich für die meisten Eltern in Zeiten der Pandemie ebenso schwer bis teilweise unmöglich organisieren, was zur Folge hat, dass viele von ihnen zum Wohl ihrer Kinder unter Aufbringung großer Anstrengung zwischen verschiedenen Rollen hin- und herwechseln, letztlich jedoch als Paar kaum noch Raum haben und, wie wir häufig in der Beratung feststellen, bereits resigniert haben, diesen auch für sich zu beanspruchen und einzufordern.

Zwar sind wir in unserer Praxis im Rahmen der Paar- und Familientherapie derzeit nicht verstärkt mit häuslicher Gewalt konfrontiert, dass es hier im vergangenen Jahr zu einer Zunahme gekommen ist, ist dennoch evident (vgl. Bundesministerium für Inneres/Bundeskriminalamt 2020). Was wir hingegen im Zusammenhang mit der Pandemie beobachten können und was von vielen Paaren thematisiert wird, ist eine deutliche Rückbesinnung auf tradierte Werte und „klassische“ Rollenbilder, die sich insbesondere in der Aufgabenverteilung im Hinblick auf Haushaltsführung und Kindererziehung zeigt. Es scheint, als mache die aktuelle Situation Menschen konservativer, denn selbst in Beziehungen bzw. Familien, in denen abseits der Pandemie generell Gleichberechtigung und Arbeitsteilung in jeglichen Bereichen herrschen, sind Frauen entsprechend traditionellen Geschlechterstereotypen nun wieder verstärkt für Haushalt und Kinder verantwortlich, während Männer die Rolle der erwerbstätigen Ernährer einnehmen. Diese Werteverchiebung, die derzeit in vielen Paarbeziehungen und Familien beobachtbar ist, kann als Reaktion auf die Ängste und Unsicherheiten gedeutet werden, die die aktuell herausfordernde Zeit mit sich bringt: Wir sehnen uns nach Stabilität, nach Sicherheit, nach

Kontrolle und etwas Bekanntem, an dem wir uns festhalten können. Traditionelle Werte, die uns meist wohlvertraut sind, werden dafür intuitiv herangezogen – was letztlich auch eine kurzfristig zu Erfolg führende Copingstrategie darstellt und den massiven Stress widerspiegelt, den wir im Kontext der Pandemie zu bewältigen versuchen. Diese Beobachtungen decken sich mit den Ergebnissen einer amerikanischen Studie, die zeigt, dass die Pandemie und die mit ihr verbundenen Maßnahmen zu einer – wenn auch nur geringen – verstärkten Zustimmung zu traditionellen Geschlechterrollen führen (vgl. Rosenfeld/Tomiyama 2020). Auch eine Studie der Universität Salzburg in Kooperation mit der Universität Graz und der Universität Linz gelangt zu ähnlichen Erkenntnissen: Seit Beginn der COVID-19-Pandemie ist ein stetiger Aufwärtstrend im Hinblick auf konservative Werte erkennbar; Konformität hat als Grundwert in der Bevölkerung an Bedeutung gewonnen, wohingegen auf Unabhängigkeit und Hedonismus tendenziell eher verzichtet wird (vgl. Aschauer et al. 2020). Was auf den ersten Blick wie ein emanzipatorischer Rückschritt anmutet, spiegelt auch laut Rosenfeld und Tomiyama (2020) den Wunsch nach Stabilität in einer so unsicheren Zeit wider und soll keine ernsthafte Gefahr für die bisherigen Errungenschaften der Emanzipation, Gleichbehandlung und Gleichberechtigung bedeuten, sondern lediglich eine vorübergehende Reaktion auf die äußeren Umstände sein. Die generelle politische Gesinnung bleibt laut ihren Untersuchungen von diesen Umständen bis dato gänzlich unberührt, was zumindest die Hoffnung aufrecht hält, dass sich die derzeitigen Rollenbilder künftig wieder wandeln werden.

3. Gesunde Bewältigungsstrategien im Umgang mit der COVID-19-Pandemie

Eltern wie auch Lehrkräfte stellen in Anbetracht der erschreckenden Zahlen und Fakten die berechtigte Frage nach Maßnahmen, die zur Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beitragen. Hier sei aus klinisch-psychologischer Sicht in erster Linie die Sensibilisierung des gesamten Bezugssystems von Schülerinnen und Schülern genannt, die dazu beitragen soll, Bedürfnisse wahrzunehmen, Probleme rechtzeitig zu erkennen und entsprechende Unterstützungsangebote entweder selbst zu ermöglichen oder in einem professionellen Setting zu organisieren. Unterstützung beginnt in diesem Zusammenhang bereits beim offenen Gespräch über die Gefühle und Wahrnehmungen während der Pandemie und beinhaltet Achtsamkeit und Verständnis für die Ängste und Sorgen von Kindern und Jugendlichen. Die eigenen Gefühle wahrzunehmen, sie zu benennen und sie innerhalb der Familie und weiterer

Bezugssysteme zu besprechen stellt einen wichtigen Faktor bei der Aufrechterhaltung bzw. Verbesserung psychischer Gesundheit dar. Eltern und Lehrkräfte sollten daher die psychischen Belastungen von Kindern und Jugendlichen – aber auch aller anderen Menschen in ihrem Umfeld – ernst nehmen. Spätestens bei den genannten und häufig beobachteten internalisierenden und externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten und Symptomen ist professionelle Unterstützung im Rahmen von psychologischer Therapie bzw. Psychotherapie dringend angeraten.

Eine weitere wichtige Rolle bei der Verbesserung der psychischen Gesundheit spielen – für Kinder und Jugendliche sowie auch gleichermaßen für Erwachsene – regelmäßige Sozialkontakte, ausreichend körperliche Bewegung an der frischen Luft und Möglichkeiten, aufgestaute Energie und Aggressionen in konstruktiver, nicht-schädigender Weise abbauen zu können. Was sich für Erwachsene am Ehesten unter den Begriffen der Achtsamkeit und Selbstfürsorge subsumieren lässt, ist insbesondere für Kinder und Jugendliche von der Achtsamkeit und Fürsorge ihres Bezugssystems abhängig. Im Rahmen dieses Beitrages muss von einer Vertiefung des Themas Aggression aus Platzgründen abgesehen werden, es sei an dieser Stelle jedoch gesagt: Bei Aggression handelt es sich um eine lebenswichtige Kraft, die uns Menschen innewohnt und die aufgrund fehlender gesellschaftlicher Akzeptanz kaum Platz in unserem modernen Leben findet. Dabei wird Aggression immer dann zum Problem, wenn keine konstruktiven Strategien zu ihrem Abbau verfügbar sind und sie sich stattdessen aufstaut, um sich später unkontrolliert und destruktiv in Zerstörung, Gewalt, autoaggressivem Verhalten u. Ä. zu entladen. Auch Aggression kann als eine gesunde Reaktion auf ungesunde Umgebungsbedingungen, wie sie die COVID-19-Pandemie und die damit in Zusammenhang stehenden Maßnahmen darstellen, verstanden werden. Ohne entsprechende Abbaumöglichkeiten sowie durch zunehmenden Stress in anderen Lebensbereichen kann es letztlich zu autoaggressivem Verhalten oder gewalttätigen Übergriffen an anderen Menschen sowie zur Zerstörung des eigenen oder fremden Eigentums kommen. Dem kann durch Sensibilität für die eigenen Emotionen, körperliche Bewegung und Sport, aber auch durch andere, individuell unterschiedlich gestaltete Maßnahmen der Selbstfürsorge entgegengewirkt werden.

Für Familien ist insbesondere ein Ausgleich zu spannungsgeladenen und konfliktbehafteten Themen im Zusammenhang mit Ausbildung und Schule sinnvoll und notwendig: gemeinsames Kochen und Backen, Gesellschaftsspiele, Ausflüge in die Natur – was immer Eltern und Kindern Freude bereitet und ihnen eine unbeschwerte Zeit miteinander ermöglicht, sollte neben den Verpflichtungen des Alltags Platz finden und bewusst

eingepplant werden. Idealerweise können Entscheidungen dahingehend gemeinsam getroffen und Kompromisse geschlossen bzw. die Interessen und Wünsche aller in etwa ausgewogen berücksichtigt werden, um einen Ausgleich zu den belastenden Auswirkungen der Pandemie im Alltag zu schaffen.

Eine generell positive Einstellung zum Leben zeigt sich sowohl im Alltag als auch in krisenhaften Situationen als unterstützend für die psychische Gesundheit, weshalb sich – insbesondere in Zeiten der Pandemie – eine bewusste Fokussierung auf individuelle sowie familiäre Stärken, Ressourcen und Möglichkeiten sowie auf gemeinsame positive Zukunftsbilder und bereits erfolgreich bewältigte Herausforderungen lohnt.

Literatur

- Aschauer, Wolfgang/Seymer, Alexander/Prandner, Dimitri/Baisch, Benjamin/Hadler, Markus/Höllinger, Franz/Bacher, Johann: Values in Crisis Austria (SUF edition) (2020), <https://doi.org/10.11587/H0UJNT> [abgerufen am 14.07.2021].
- Bundesministerium für Inneres & Bundeskriminalamt: Analyse zu häuslicher Gewalt während des Corona-Lockdowns (2020), https://bmi.gv.at/bmi_documents/2536.pdf [abgerufen am 24.05.2021].
- Dale, Rachel/Budimir, Sanja/Probst, Thomas/Stippl, Peter/Pieh, Christoph: Mental Health during the COVID-19 Lockdown over the Christmas Period in Austria and the Effects of Sociodemographic and Lifestyle Factors, in: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18/7 (2021), <https://doi.org/10.3390/ijerph18073679> [abgerufen am 23.08.2021].
- Dorsch Lexikon der Psychologie: Stichwort Furcht (2019), <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/furcht> [abgerufen am 24.05.2021].
- Dorsch Lexikon der Psychologie: Stichwort Angst (2021), <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/angst> [abgerufen am 24.05.2021].
- Hanke, Kai/Hofmann, Holger/Jonas, Cornelia/Kamp, Uwe/Krause, Torsten/Krüger, Thomas/Ohlmeier, Nina/Pohle, Sophie: Kinderreport Deutschland 2021, hrsg. vom Deutschen Kinderhilfswerk e. V. (2021), https://www.dkhw.de/fileadmin/R/edaktion/1_Unsere_Arbeit/1_Schwerpunkte/2_Kinderrechte/2.29_Kinderreport_2021/Kinderreport_2021.pdf [abgerufen am 14.07.2021].
- Hüther, Gerald: Biologie der Angst. Wie aus Streß Gefühle werden, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2012.
- Pieh, Christoph/Plener, Paul/Probst, Thomas/Dale, Rachel/Humer, Elke: Health in Adolescents during COVID-19-Related Social Distancing and Home-Schooling (2021), in: *SSRN Electronic Journal* <https://ssrn.com/abstract=3795639> [abgerufen am 14.07.2021].

- Psychembel online: Stichwort Internalisierende Störung (2016), <https://www.psychyrembel.de/Internalisierende%20St%C3%B6rung/P05CP> [abgerufen am 24.05.2021].
- Psychembel online: Stichwort Externalisierende Störung (2016), <https://www.psychyrembel.de/Externalisierende%20St%C3%B6rung/P01SM> [abgerufen am 24.05.2021].
- Schröder, Martin: Was macht mich zufrieden?, in: *Gehirn & Geist* 6 (2021), 13–20.
- Rosenfeld, Daniel L./Tomiya, A. Janet: Can a Pandemic Make People More Socially Conservative? Political Ideology, Gender Roles, and the Case of COVID-19 (2020), <https://doi.org/10.31234/osf.io/zg7s4> [abgerufen am 14.07.2021].
- Statistik Austria: Familien 1961 bis 2018 nach Familientyp und Kinderzahl (2018), https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen_abgestimmte_erwerbsstatistik/familien/index.html [abgerufen am 24.05.2021].
- Stoppacher, Peter/Saurug, Manfred: Armut in der Steiermark. Eine Bestandsaufnahme in unterschiedlichen Bereichen, hrsg. vom Land Steiermark (2018), https://www.soziales.steiermark.at/cms/dokumente/12688727_5339/d6cf0b9e/Armutbericht%202018.pdf [abgerufen am 14.07.2021].

Care und die Corona-Pandemie. Herkünfte und Zukünfte der Sorge in einer konvivialen Gesellschaft¹

Andreas Heller

Es gibt kaum ein beglückenderes Gefühl als zu spüren, daß man für andere Menschen etwas sein kann. Dabei kommt es gar nicht auf die Zahl, sondern auf die Intensität an. Schließlich sind eben die menschlichen Beziehungen einfach das Wichtigste im Leben; daran kann auch der moderne „Leistungsmensch“ nichts ändern. Dietrich Bonhoeffer, Brief an Eberhard Bethge aus der Haft 1944

Noch sind wir in der Corona-Pandemie. Wird sie je beendet sein? Wir stecken tief in der „Klima-Pandemie“. Wir befinden uns in Syndemien. Dringend an der Zeit sind Verständigungen, wie wir miteinander leben wollen, im Kleinen wie im Großen. Vielleicht müssen wir den Blick schärfen. Immer sind wir ja auch blind, haben spezifische Wahrnehmungen, eine selektive Blindheit, und sind angewiesen aufeinander, um zu sehen, was wir selbst nicht sehen können oder wollen.

Eine elementare Blindheit in der Corona-Pandemie besteht darin, die Augen vor dem Tod zu verschließen. Schon länger wird deutlich: Wir leben nicht in einer Krise. Für Krisen ist es charakteristisch, dass sie einen Anfang und ein Ende haben. Das Virus und seine Mutanten werden bleiben. Dann wird es kaum ein Ende der Pandemie geben. Historisch betrachtet enden Pandemien medizinisch-virologisch, wenn die Zahl der Infektionen stark zurückgeht und der überwiegende Teil der Bevölkerung immunisiert und nicht mehr so anfällig für das Virus oder das Bakterium ist. Seitdem die Bakteriologie und Virologie im 19. Jahrhundert Impfungen zu erproben begannen, haben sie wirkungsvolle Impfstoffe gegen Seuchen entwickelt und konnten sie so erfolgreich stoppen.

Oder Pandemien enden sozial und politisch. Durch bewusste kollektive Entscheidungen, durch einen Mentalitäts- und Bewusstseinswandel. Die Angst vor Infektionen wird weniger, die Menschen sind langsam „Corona-mürbe“, die Impfbereitschaft lässt sich offensichtlich schwer steigern.

1 Dieser Text ist die erweiterte und überarbeitete Version meiner Abschiedsvorlesung von der Kath.-Theologischen Fakultät der Universität Graz am 24.6.2021.

Hinter allen Corona-induzierten „Regeln“ steckt die Angst vor dem Tod. Diese Angst vor dem „Infektionstod“ ist politikleitend. Das dominante politische Aktionsmuster ist nicht sonderlich originell, ein altbekanntes Kampfmuster aus Militär und Medizin: Wir werden den Feind und den potenziell innewohnenden Tod irgendwann besiegen, also Kampfansage und Kriegsführung. Der Ausnahmezustand wird zur „neuen Normalität“. Freiheitsbeschränkungen werden mit der „Biosicherheit“ legitimiert. Die Medizin wird auf den Thron lehramtlicher gesellschaftlicher Autorität gesetzt, überhöht, ja sakralisiert. „Soziale Distanzierung“ als erwünschtes Muster einer anderen, unfreien, berührungslosen und sich in ihrer Sozialität auflösenden Gesellschaft. Das Virus reaktiviert alte, in Seuchenzeiten immer wieder praktizierte Muster im Umgang mit dem drohenden Tod: Kampf, Krieg, Ausrottung, Isolation, Ausgrenzung, Disziplinierung und Bestrafung. Um jeden Preis! Koste es, was es wolle!

Dennoch: Dieses Muster soll managerielle Zuversicht verbreiten: Wir kriegen die „Dinge“ schon wieder in den Griff! Wir werden uns die Kontrolle über die Lage zurückerobern, „zurückimpfen“. Schon die alten Märchen der Brüder Grimm wussten: Gegen den Tod ist kein Kraut gewachsen, auch kein Impfstoff! Die Skepsis wächst. Diagnostiziert wird sie als Misstrauen gegenüber Staatsführungen, die keine Beteiligung der Bürger*innen kennt, die mit Verordnungen und sanktionsbewehrten Ordnungsvorstellungen zu „re(a)gieren“ versuchen. Demokratisch getragene Konsense entstehen anders, brauchen die Beteiligung der Betroffenen, Solidarität und Verantwortungsbereitschaft füreinander. Die grassierende Angst scheint das alles nicht zuzulassen. Die Individualisierung verschärft sich.

Diese Unterdrückung der Angst in der Reaktivierung einer kollektiven Mentalität, den Tod meinen besiegen zu können, zeigt sich vielfach. Die politischen Akteur*innen sprechen nicht über den Tod. Sie sind „tödlich verschwiegen“ und „todesstumm“. Wie wenn man den Tod verstecken wollte in Säulendiagrammen, hinter Verlaufskurven, Inzidenzen, anonymisiert, in statistischen Zahlen mathematisiert. Gestern sah man noch Särge mit Corona-Zetteln.

Diesen Nicht-Umgang mit dem Tod, dieses Umschweigen des Todes, kann man aus der Perspektive von Palliative Care und Hospizarbeit durchaus als irritierend wahrnehmen. Die Irritation entsteht durch eine Selbsttäuschung. Ganz offensichtlich hat man sich buchstäblich getäuscht in der Annahme, wir wären in den letzten vier Jahrzehnten gesellschaftlich in der Thematisierung des Todes und im Umgang mit Todesängsten woanders angekommen. Ohne Zweifel hatte doch die Thematisierung des Sterbens zu gesellschaftlichen Solidaritäten geführt, zu Engagementbereitschaft für-

einander. Die Konfrontation mit dem todsicheren menschlichen Schicksal des Todes hatte Menschen zusammengebracht und neue Verbundenheiten gestiftet. Denn die in den 1980er Jahren entstehende soziale Bürger*innen-Bewegung, die Hospizbewegung, das Aufkommen und Etablieren von Palliative Care und Palliativmedizin hatten eine andere Wahrnehmung, eine Thematisierung von Sterben, Tod und Trauer gesellschaftlich ermöglicht. Bis dahin hieß Sterben „Sterben in Badezimmern“, in Abstellräumen: Sterben war eine Niederlage des Systems, ein „Betriebsunfall im Krankenhaus“ (Herbert Kappauf), ein peinliches Total-Versagen der an maximale Lebensverlängerung orientierten Medizin. Man bekämpfte den Tod mit „Todesverachtung“ und war von der menschheitsalten Sehnsucht besetzt, den Tod besiegen zu können, bestätigt durch grandiose und mit viel Geld erkaufte Erfolge etwa der Transplantations- und Intensivmedizin, deren Erfolgsgeschichte in den 1970er Jahren Fahrt aufnahm. Auch Onkologen sahen nur Fortschritte in der Krebsforschung und prognostizierten, im Jahr 2000 werde niemand mehr an Krebs sterben! Die Realität, die solche Siegerposen zu vernebeln wissen: Allein in Deutschland starben 2019 etwa 240.000 Menschen an Krebs – eine Zahl, die weder den Glauben an die Krebsforschung und die aus ihr hervorgehenden therapeutischen Ansätze erschüttert, noch dringen die seit Jahrzehnten jährlich von Bevölkerungsstatistikern gezählten Krebsopfer in das gesellschaftliche Bewusstsein. Denn Politik und Medien lassen diese Zahlen kalt, obwohl bekannt ist, dass sie auch auf der ökonomisierten Vergiftung von Mensch, Tier, Pflanzen und Wasser, etwa durch Feinstaub, Pestizide, radioaktive Verseuchungen, Plastifizierung der Meere etc., beruhen und menschengemacht sind.

Dann: Hospizarbeit und Palliative Care haben eine gesellschaftliche Thematisierungsleistung erbracht. Sterben, Tod und Trauer wurden auf die Agenda der gesellschaftlichen Auseinandersetzung gesetzt. Man sprach und handelte anders im Umgang mit dem Sterben. In den Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg, bis in die 70er Jahre hinein, konnte bekanntlich kaum oder gar nicht über Sterben und Tod gesprochen werden.² Erst die Anerkennung und die gefühlsmäßigen Konfrontationen mit dem Tod, dem Sterben der Anderen, ermöglichten eine neue Humanität mit den Sterbenden und das Zulassen der Einsicht in die Fragmentarität und Relativität des (eigenen) Lebens. Das Sprechen über das Sterben und den Tod war ja nur über die Wahrnehmung der eigenen mächtigen Gefühle von Schuld und Scham, von Angst und Entsetzen, Mitleid und

2 Vgl. Heller et al., Geschichte der Hospizbewegung.

Trauer möglich. Es brauchte eine empathische, existenzielle, aber auch politische Auseinandersetzung mit, Erinnerung und Vergegenwärtigung der traumatisierenden individuellen und kollektiven Geschichte der Kriegsgeneration. Der deutsch-österreichische Nationalsozialismus, Millionen von Toten und Ermordeten an den Fronten, in der Zivilbevölkerung, die rassistisch motivierte fabrikmäßige Ermordung der jüdischen Bevölkerung in Deutschland, Österreich, in Europa hatten tiefe Spuren im kollektiven Bewusstsein hinterlassen. Auch die medizinische Hinrichtung von Patienten und Patientinnen, der über 200.000 Menschen, die anders waren, zum Opfer fielen, und die in der verächtlichen Doktrin des Faschismus als „Ballastexistenzen“ und „lebensunwertes Leben“ ermordet worden sind, wurde erinnert. Zwischen 1939 und 1945 wurden Menschen ermordet, weil sie beeinträchtigt, körperlich oder geistig behindert waren, als „Erbkranke“ den „Volkskörper“ vermeintlich bedrohten oder einfach als „verrückt“ galten. Scham- und Schuldgefühle belasteten Eltern und Familienangehörige, die sich vielleicht von einer Last befreit fühlten und dieses Kapitel der Familiengeschichte einfach zuzuschlagen versuchten. Individuell wie kollektiv wurden „entlastende Legitimationen“ bemüht, die bis heute eine bedrängende Aktualität haben: Erlösungstod, Gnadentod, Lebensunterbrechung, Sterbehilfe, Euthanasie.³

Die Ahnung, die hospizlich aufkommt, ist eine emotional berührende, menschheitsalte Einsicht: „Wir sind immerzu in dieser inneren Verwobenheit mit dem Sterben. Deshalb können wir dem Tod wie einem Freund entgegengehen, nicht wie einem Feind. Es präsentiert sich dir immer mal wieder jemand in deinem Leben, der keine Angst vor dem Tod hat, der den Tod als Freund erkennt, als einen guten Freund, einen wichtigen Begleiter. Ich denke, wir lernen in unserer Gesellschaft, den Tod als Feind zu sehen, vor dem wir Angst haben. Um den Tod als Freund zu sehen, müssen wir die Natur unseres Geistes erkennen, die Wahrheit der Unbeständigkeit, den Wert der Meditation.“⁴

Menschen verändern sich auch in Corona-Zeiten tiefgreifend nur durch ihre Gefühle. Es braucht die Möglichkeit, sich selbst in den eigenen Ängsten zu offenbaren, im Raum eines wärmend-verstehenden Zuhörens und Sprechens, eines fundamentalen Angenommenseins, das letztlich auch über die empirische Erfahrung solcher raumgebender Gast-Freundschaftlichkeit hinausverweist. Die US-Amerikanerin und Umweltaktivistin Mary Duncan hat einmal gesagt, wir brauchen für alle Krisen dieser Welt

3 Vgl. Aly, Die Belasteten.

4 Joan Halifax, in: Lüchinger, DA SEIN, 90.

Hospizlichkeit als Gast-Freundschaft, als einen Raum der Begegnung, des Vertrautwerdens mit dem Fremden. Gast-Freundschaft entsteht durch die offene Haltung des Zuhörens, die es dem Gast überhaupt erst ermöglicht da zu sein und zu sprechen, sich selbst in den eigenen tiefen Gefühlen, in der Ambivalenz des Lebens, in den Schattierungen und Lichtwürfen zur Sprache zu bringen.

Wenn das Ende einer Pandemie sozial entschieden werden kann, dann hat es mit der Bewegung in eine andere Gesellschaft zu tun, in eine Gesellschaft der Convivialität aus dem Wissen und Fühlen, dass wir aufeinander angewiesen und verwiesen sind, und dass die Angst vor dem Tod eine neue Sozialität und Spiritualität des Umsorgtseins und der Mitsorge braucht.

Dieser Idee der „sorgenden Gesellschaft“ nachzugehen, heißt anzuschließen an die Diskurse über den Zusammenhalt der Gesellschaft, bei erodierender Generativität, bei den Kosten und Verantwortungen für Sorgertätigkeiten in fragmentierten, ausdifferenzierten Sozialbeziehungen, an Gerechtigkeitsvorstellungen und -praxen in einer kapitalistisch neoliberalen Ökonomisierung, um Demokratisierungsprozesse zu ermöglichen in dieser spätmodernen flüssigen Gesellschaften, wie es Zygmunt Baumann genannt hat.

Die Pandemie war und ist so etwas wie ein Trainingslager⁵ und gibt Anlass genug zur Gretchenfrage der Spätmoderne, nämlich: Wie hältst du's mit der Sorge? Wie soll es weitergehen?⁶ Das weckt die Erinnerung an die Theorie der ethischen Gefühle aus dem Jahr 1759 von Adam Smith in den Resonanzraum von Sorge/Care: „Alle Mitglieder der menschlichen Gesellschaft bedürfen des gegenseitigen Beistandes.“⁷

Wie es um diesen Beistand, nennen wir es auch Sorge oder Solidarität, steht, das legt die Pandemie global offen: In gewisser Weise kann man wie unter einem Vergrößerungsglas die Strukturen der globalen Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten erkennen; exemplarisch am Thema Impf(un)gerechtigkeit, die keine natürliche Folge der Pandemie ist, sondern Ergebnis von politischen Entscheidungen, von Kapitalinteressen, von Machtverhältnissen, von nationalistisch verbrämten Selbsterhaltungsdynamiken. Zum Weltgesundheitstag am 7. April 2021 veröffentlichten mehr als zwanzig Staatschef*innen von Chile über Südafrika bis Deutschland eine gemeinsame Erklärung zur Impfgerechtigkeit. In ihr heißt es: „Wir

5 Vgl. Gronemeyer, Die Schwachen zuerst.

6 Vgl. Agamben, An welchem Punkt stehen wir.

7 Smith, Theorie, 137.

müssen uns der Solidarität, Fairness, Transparenz, Teilhabe und Gerechtigkeit verschreiben, um dieser Verpflichtung gerecht zu werden.“⁸

Ein Care-Blick auf die globale Verteilung der Corona-Impfstoffe zeigt, es geht weder gerecht noch solidarisch noch in irgendeiner Weise sorgend zu. Auf zehn wohlhabende Länder entfallen 80 % der bislang verimpften Dosen, während über 100 Länder des globalen Südens noch bis zu zwei Jahre auf Impfstoffversorgung warten werden müssen, d. h. Menschen sind ohne Schutz, ohne soziale Absicherung in den Lockdowns, Hunderttausende werden sterben aufgrund der miserablen Ausstattung der Gesundheitssysteme; Armut und Hunger, Syndemien sind schon jetzt weitere Folgen. Die Impfstoffe sind ja nicht deshalb rar, weil sie nicht produziert werden könnten, sondern weil die Industriestaaten an einem kapitalistischen System der Patentsicherung und des Patentschutzes festhalten, das Wissen um die Impfstoff-Zusammensetzung wird aus Kapitalinteressen nicht global geteilt, obwohl Milliardenbeträge aus der öffentlichen Hand in die Forschung investiert wurden.

Schon länger ist CARE zu einer Leitidee, zu einem Differenzbegriff einer programmatischen Re-Orientierung aus unseren spätmodernen Gesellschaften geworden. Mit ihr verbunden ist die Erzählung von einer anderen, solidarischeren, gerechteren, eben konvivialen Gesellschaft, in der die Überwindung der alten Praxen der Ökonomisierung und Instrumentalisierung, der individuellen und kollektiven Egozentrik, die zur Entsozialisierung und zur Rivalität und Konkurrenz führen, anvisiert wird. Denn in einem „*Milieu des Misstrauens*“⁹, in dem Verlässlichkeit und Vertrauen versumpfen, dominiert eine Angst- und Absicherungshaltung, für die der autonome Individualismus die einzige Selbststrettung zu sein scheint.

Care/Sorge hat viele Dimensionen; Sorge beschwert und Sorge beschwingt und erhebt sich lächelnd in Gelassenheit. Denn „[d]as Lächeln ist der (Vertrauens-)Vorschuss, der es dem anderen ermöglicht, [...] übereinzustimmen und zu danken“¹⁰. Sorge heißt Verantwortung übernehmen, sich kümmern, bedenken, gestalten, nicht ausweichen und in dieser Bewegung auch Freude, Dankbarkeit und Gelassenheit zu entwickeln. „Es geht um einen mutigen Weltumgang, der bereit ist, dem Schwanken standzuhalten, in der Oszillation zwischen Ich und Anderem ohne Angst zu verbleiben,

8 Vgl. Jung, Schlecht klebende Pflaster.

9 Metz, Nicht nur letzten Endes, 59.

10 Schuchter, Lachen, 185.

um der fixierenden Tendenz des Statischen zu entfliehen und neue Wege des Sozialen und Religiösen im Offenen freizusetzen.“¹¹

Care/Sorge nimmt – wie die Politikwissenschaftlerin Joan Tronto schon sehr früh programmatisch formulierte – alle Aktivitäten in den Blick, die unsere Welt reparieren, erhalten und für die nächste Generation lebensmöglich werden lassen. Sie erinnert daran, dass es sowohl um die Praxen der Alltagsstabilisierung, aber auch um das größere Nachdenken über Organisationen und Menschen und deren Interaktionen geht, um diese Welt im Großen und im Kleinen besser zu machen.¹²

Konvivialität als Leitidee ist der von Ivan Illich geprägte Begriff einer neuen Gesellschaft. Aufgegriffen wurde er von französischen Intellektuellen zunächst in einem gesellschaftlichen Zusammenhang des Erstarkens des Rechtspopulismus, infolge der Migrationsbewegung in Europa, der nationalistisch ausgrenzenden Proteste und Kämpfe sowie der beunruhigenden Ausbreitung von illiberalen Demokratien.

Konvivialismus hat eine internationale Debatte ausgelöst, die ihren Niederschlag in zwei sogenannten konvivialistischen Manifesten gefunden hat. Im ersten wird die Bedeutung von Care für eine gerechtere Welt beschrieben. Im zweiten konvivialistischen Manifest, 2020 – somit fünf Jahre später – erschienen und von über 300 Wissenschaftler*innen aus mehr als 30 Ländern unterzeichnet, wird die Beobachtung geteilt, dass viele Menschen und Bewegungen unterwegs sind, nach „einer Kunst des Zusammenlebens (*con-vivere*) [zu suchen], die Beziehungen und Zusammenarbeit würdigt und es ermöglicht, einander zu widersprechen, ohne einander niederzumetzeln, und gleichzeitig füreinander und für die Natur Sorge zu tragen.“¹³

Daher müsse sich jede legitime Politik und jede legitime Ethik auf fünf Prinzipien beziehen:

- auf das *Prinzip der gemeinsamen Natürlichkeit* der Menschen, die als Lebewesen miteinander in einer wechselseitigen Abhängigkeit stehen und Verantwortung füreinander haben;
- auf das *Prinzip der gemeinsamen Menschheit*, denn bei allen Verschiedenheiten gibt es nur eine Menschheit, „die in der Person jedes ihrer Mitglieder geachtet werden muss“;
- auf das *Prinzip der gemeinsamen Sozialität*: „Die Menschen sind soziale Wesen, deren größter Reichtum in den konkreten Beziehungen be-

11 Guanzini, *Sorge*, 176.

12 Vgl. Tronto, *Caring Democracy*.

13 Die konvivialistische Internationale, *Das zweite konvivialistische Manifest*, 35.

steht, die sie zueinander im Rahmen von Vereinigungen, Gesellschaften oder Gemeinschaften unterschiedlicher Art und Größe unterhalten“;

- auf das *Prinzip der legitimen Individuation*, das im Unterschied zum Individualismus eine Selbstentwicklung meint, die anderen nicht schadet und einen Blick schärft „auf eine für alle gleiche Freiheit“, also eine relationale Individuation im Bezogensein auf andere und in Beziehung mit anderen, sowie schließlich
- auf das *Prinzip des schöpferischen Konflikts*, also einer nicht zerstörerischen Rivalität, die im Dienst am Gemeinwohl steht.¹⁴

Und dann wird im zweiten konvivialistischen Manifest das „Prinzip aller Prinzipien“ formuliert, nämlich die unbedingte Notwendigkeit, „dem Allmachtstreben, der Maßlosigkeit, der Hybris (und erst Recht der *Pleonexie*, dem Wunsch, immer mehr zu besitzen)“ entgegenzutreten und imperativisch gesetzt, diese Hybris zu beherrschen – positiv gewendet: „Der Versuch, der oder die Beste zu sein, ist dann empfehlenswert, wenn es darum geht, sich möglichst in der Befriedigung der Bedürfnisse anderer hervorzu-tun, darin, ihnen das Meiste und Beste zu geben.“¹⁵

Die Stimmen werden lauter, die nach einer UM-CARE, einer „Care Revolution“¹⁶ verlangen. Auch im Zukunftsbild einer Caring oder Compassionate Community¹⁷ steckt die Idee eines anderen Zusammenlebens und Arbeitens, das Gegenbild zu einer neoliberalen Gesellschaft, die bekanntlich durch sechs Grundaussagen charakterisiert werden kann:

- „Es gibt keine Gesellschaften (*There is no such thing as a society*‘, sagte Margaret Thatcher), Kollektive oder Kulturen, es gibt nur Individuen.
- Gier oder Profitstreben ist etwas Gutes. *Greed is good*.
- Je mehr die Reichen sich bereichern, umso besser, denn alle profitieren davon durch einen Sickereffekt (*trickle-down-effect*).
- Die einzig wünschenswerte Beziehungsform zwischen Menschen ist der freie und uneingeschränkte Markt und dieser (einschließlich des Finanzmarktes) reguliert sich selbst, zum Wohle aller.
- Es gibt keine Grenzen. Immer mehr heißt deshalb zwangsläufig immer besser.

14 Die konvivialistische Internationale, Das zweite konvivialistische Manifest, 40f.

15 Die konvivialistische Internationale, Das zweite konvivialistische Manifest, 42.

16 Vgl. Winkler, Care Revolution.

17 Vgl. Wegleitner et al., Compassionate Communities.

- Es gibt keine Alternative. (*There is no alternative*‘, verkündete wiederum Margaret Thatcher).¹⁸

Care – nicht ohne Ambivalenzen

Seit längerem schon ist Care – wenn man eine Mikroperspektive einnimmt – auch ein innovativ aufgeladener Konjunkturbegriff im Gesundheitsversorgungssystem. In ihm kündigt sich das Andere, das Neue an, das natürlich im anglierten Sprachkostüm einerschreitet. Das neue Begriffskleid kann täuschen. Immer wieder wird Care im ökonomisierten System schleichend uminterpretiert, funktionalisiert. Care ist immer gefährdet, einer instrumentellen Logik unterworfen zu werden. Care wird und wurde immer wieder schnell zu einem „Plastikwort“¹⁹. Dann wird „aus einer Sorgehaltung, die eigentlich aus der Gemeinschaft wächst, ein Instrument, mit dem Gemeinschaft administrativ gefördert, verwaltungsmäßig gesteuert und mit neuesten Methoden kontrolliert wird“²⁰.

Es gehört zu diesen Prozessen der Plastifizierung und Industrialisierung von Care, dass Care selbst in diesen neuen Wortprägungen in seiner eigenen Bedeutung eigenartig unterthematziert wird. Das ist vielleicht auch strategisch zu sehen. Es ist geradezu charakteristisch für viele Begriffsprägungen mit „Care“, dass dieser Wortbestandteil unterbestimmt bleibt, ganz gleich, ob es sich um Palliative Care, um Spiritual Care, um Care Management, um Advance Care Planning usw. handelt. Man könnte es als einen Triumph der Ökonomisierung deuten, dass kritische Differenzbegriffe und politische Praxen kolonial besetzt und umgemünzt werden. Der verstorbene Kollege und Care-Ethiker in Utrecht, Frans Vosmann, hatte vor ein paar Jahren bei einer IFF-Lecture in Wien die Entwicklung von Palliative Care in den USA und in der Folge in Europa als eine „Palliativindustrie“ bezeichnet. Das mag zunächst irritieren, gehört doch der „Kammerton“ Palliative Care mittlerweile zum dominanten gesellschaftlichen und fachlichen symphonischen Repertoire, wenn vom Lebensende die Rede ist. Er setzt auf den ersten Blick die Standards für einen fachlich kompetenten Umgang mit dem Lebensende: hochanerkannt, vielfältig dekoriert, im System etabliert und expansiv in der Fortsetzung dieser Erfolgsgeschichte. Auf den zweiten Blick lässt sich erkennen, dass sich

18 Die konvivialistische Internationale, Das zweite konvivialistische Manifest, 13.

19 Vgl. Pörksen, Plastikwörter.

20 Gronemeyer/Fink, Wie die Sorge industrialisiert wird, 210.

zunehmend eine medizinische Sicht der Care-Perspektive bemächtigt und diese weitgehend ersetzt hat. Das hat faktisch zu einer medizinischen Vermessung des Sterbens und einer Behandlung der Sterbenden geführt, die in Standardisierungsprozesse, als Pathway-Orientierung, in Planungs-, Management- und Kontrollprogramme flächendeckend zu implementieren sind, also in Gestalt eines exzessiven Wachstumsmodells. Es sind die profitgesteuerten Systeminteressen, die im Vordergrund stehen. Letztlich führt das auch zu den Operationalisierungen der Suizidassistentenprozesse, wie sie im Anschluss an die einschlägigen Entscheidungen des Verfassungsgerichtshofs in Österreich und des Bundesverfassungsgerichts in Deutschland erkennbar sind, die sich in Qualitätsbeschreibungen der Suizidassistenten durchzusetzen scheinen. Es geht um serielle „Qualität“. Man erinnert sich: die Qualitätsperspektive kam als formatierende Theorie und Praxis aus der industrialisierten seriellen, technischen Fertigungspraxis – näherhin der Automobilindustrie – und fand Eingang nicht nur ins Gesundheits- und ins Wissenschaftssystem, sondern in alle Bereiche der Gesellschaft. Als eine Folge dieser radikal ökonomisierten Qualitätslogik für das deutsche Gesundheitssystem konstatiert das Wissenschaftszentrum Berlin – immerhin die größte und nicht unbedeutende Sozialforschungsorganisation in Europa –, dass Patient*innen im Krankenhaus zum Mittel der Ertragsteigerung funktionalisiert und instrumentalisiert werden.

Care wurde und wird beispielsweise im Doppelbegriff Palliative Care gemeinhin mit Versorgung übersetzt. Damit kommt die Dimension der Sorge wenig und nur marginal zur Geltung. Sorge hingegen hält die Erinnerung an die absichtslose Anerkennung, die Nicht-Instrumentalisierung der anderen um ihrer selbst willen wach, die bedingungslose Orientierung an der Person und an den Betroffenen und ihren Bezugspersonen, die als „Care Unit“ gesehen werden, und fordert auf zu einer „radikalen Betroffenenperspektive“. Dieses Verständnis von Sorge um Personen entwickelt sich entlang der weltweit orientierungstiftenden Definition der WHO. Menschen werden gesehen als komplexe Lebewesen, näherhin als bio-psycho-soziale, und auch in ihrer spirituellen Dimension begriffen. Die Einsicht in eine so konzipierte sozio-psycho-somatische und spirituell angelegte Anthropologie stellt bis heute die kritische Differenz zu einer immer noch im cartesianischen Modus verhafteten und daher weitgehend technisch agierenden Maschinenvorstellung des Menschen dar.

Wie eine Sorge für Menschen in komplexen Organisationen entwickelt werden kann, ist eine bleibende Herausforderung. Denn eine Kultur des Sterbens in unseren Organisationsgesellschaften ist immer auch eine Frage und Aufgabe der Organisationskultur. Oder anders: Sorge ohne Organisa-

tionsorge²¹ ist schwer denkbar und praktizierbar. Um es konvivialistisch zu formulieren: Es geht darum, die Individuation zu schützen und zu stützen und Personen nicht zu Objekten, zu Fällen, zu Fallbesprechungen und zu kundenorientierten Zielgruppen zu machen. Sorge/Care verweigert sich einer marktwirtschaftlichen Verdienstleistungsdynamik, sie ermöglicht Partizipation und kokreiert organisational angemessene Möglichkeitserweiterungen. Sie anerkennt die „Autorität der Leidenden“²² (Rainer Bucher). Man kann hier durchaus an die Begründerin der modernen Hospizbewegung, Cicely Saunders, denken, die organisationspraktisch gewusst hat, dass das Krankenhaus kein guter Ort des Sterbens ist, dass es eine andere Organisationsform braucht, das Hospiz, in dem eine andere Logik der Sorge möglich ist. Es wird nachvollziehbarer, dass um eine Logik und Praxis der Sorge gerungen werden muss, die nicht zerstörerisch ist, die der Individuation in sozialer Verbundenheit dient.

In der Denkfigur Organisationsethik bzw. einer „Organisationssorgeethik“ ist ein solches Verständnis von Sorge-Ethik eingelagert. Es geht darum, wie Wege der Verständigung aussehen können, auch als eine Alternative zu der sich alternativlos gebenden Professions- und Disziplinethik, wie sie uns dominant in der Figur der Medizinethik entgegentritt. Sie bezieht die Betroffenen selber in den Prozess der ethischen Deliberalität ein, beteiligt sie oder bringt sie advokatisch zur Geltung. Es geht elementar um neue Verständigungsformen, die in der Selbstaufklärung kollektiv ermöglicht werden. Care in diesen Zusammenhängen prozedural zur Geltung zu bringen, heißt den Weg von einer eher individualethischen oder professionsethischen Expertenorientierung hin zu beteiligungsorientierten, also partizipativen Verständigungen zu finden. Wie kommen wir zu einem Zusammenleben? Wie sehen Reflexions- und Entscheidungsprozesse aus? Welche „Verständigungssysteme“ (Hans Jonas) braucht es? „Eine solcherart prozedural und selbstreflexiv ansetzende Organisationsethik ist von der Einsicht getragen, dass es Zeiten und Orte der Unterbrechung braucht, des Innehaltens, der kollektiven Nachdenklichkeit, der Selbstverständigung unter Beteiligung der Betroffenen. [... Sorge-]Ethische Reflexion wird zur Systemreflexion, die als organisierte kollektive Reflexion die Gestalt sozialer Subsysteme annimmt und somit zur ethisch gesehen notwendigen ‚Systemdifferenz‘ wird.“²³

21 Vgl. Schmidt, Organisation.

22 Bucher, Caring church, 241.

23 Krobath, Konturen, 124.

Die narrative Urkunde der Sorge

In diesen Überlegungen zur Genealogie der Sorge kann ein Blick in die narrative Urkunde der Sorge hilfreich sein. Es handelt sich um die bekannte Erzählung vom barmherzigen Samariter, der auf dem Weg von Jerusalem nach Jericho auf einen von Räubern zusammengeschlagenen und ausgeraubten Mann trifft. Es wird erzählt: Ihn lässt dieser Mensch nicht kalt, sein Leid erweckt Mitleid, das ihn innerlich packt und ergreift.

Auch wenn die Geschichte ein wenig „abgenutzt“ zu sein scheint,²⁴ lassen sich Dimensionen, Kriterien der Sorge epistemologisch verlebendigen:

- Sorge/Care ist ein Handeln und Denken aus Mitgefühl, das Leid des anderen ruft Mitleid hervor, Mitleidenschaft aus *compassion*. Care-Rationalität heißt das in der Care-Ethik, nämlich die Kompetenz, Lebensweisheit und Empathiefähigkeit als komplexe Bewegung des Handelns, als „Compathie Rationalität“ zu verbinden.
- Zu dieser gehört es auch, Sorge nicht in einer reziproken Vertragsförmigkeit zu situieren, sondern um die Asymmetrie der Beziehung zu wissen und sie zu akzeptieren, die Verletzlichkeit anzuerkennen und als tiefsten Resonanzgrund der Sorge zu sehen.
- Handeln in der Haltung und Logik des Hinsehens („not to turn away from someone in need“, formulierte die Care-Ethikerin Carol Gilligan bereits 1988). Das ist das Ende einer Egologik zugunsten einer compathischen Alterologik, die, wie es in der politischen Theologie von Johann Baptist Metz heißt, aus der „Leidempfindlichkeit“, einer Mitleidenschaftlichkeit, also der Compathie, erwächst.

Hinsehen statt Wegsehen, das Hinwenden statt Abwenden werden zur Kurzformel einer Care-Ethik. Emmanuel Levinas hat mit der Metapher des Antlitzes²⁵ phänomenologisch und sozialphilosophisch in gewisser Weise eine Sorgeethik der Verantwortung begründet. Sobald ich hinsehe, die Andere ansehe, ihr Ansehen gebe, haften ich an ihr, bin ich existenziell buchstäblich „verhaftet“ und kann nicht anders als eine Antwort zu geben, also Verantwortung zu übernehmen und in die Beziehung zu gehen.

Die Reichweite einer solchen verantwortungsvoll antwortenden Sorge hat Ivan Illich im Anschluss an die Geschichte in Lukas 10 als universal beschrieben mit dem Hinweis darauf, dass in dieser Geschichte erstmals

24 Vgl. Heinemann, „Der Nächste, bitte!“.

25 Vgl. Levinas, Ethik und Unendliches; Levinas, Gott, der Tod und die Zeit. Siehe dazu grundsätzlich Esterbauer, Transzendenz-„Relation“.

in der Weltliteratur Sorge Grenzen überschreitet, die der Familie ebenso wie den Umkreis des Clans, die Zugehörigkeit zur Sippe, die nationalen Markierungen des Volkes.²⁶ Sorge ist bezogen auf das Prinzip der gemeinsamen Menschheit.

Auf eine Dimension soll der Blick noch gelenkt werden: Diese Geste der antwortgebenden Verantwortung ist eine Gabe, die aus der Absichtslosigkeit, der Zweckfreiheit erwächst. Hier wird die antikapitalistische Tiefendimension der Sorge inhärent offenkundig. In der Haltung der „Umsontigkeit“ (Ivan Illich), der Gabe ohne Gegenerwartung, ohne vertraglich gesicherte Reziprozität, ohne Rechnung, sich in den Dienst nehmen zu lassen. Das spätmoderne Subjekt im „Misstrauensmilieu“ (Christian Metz) fragt natürlich: Was bekomme ich dafür, wie rechnet sich das, will und kann man sich das überhaupt leisten, worin liegt der eigene Mehrwert?

Vielleicht das stärkste *theologische* Argument gegen diese ökonomistisch getränkte Hybris des Immer-Mehr besteht wohl in der Einsicht: Wer an Gott glaubt, braucht sich nicht mehr zum Gott zu machen. Die Angst zu kurz zu kommen wird aufgehoben in einer unbesorgten Haltung sorgender Sorglosigkeit. Wie kein anderer hat Eugen Drewermann in seinem Lebenswerk diese theologisch-spirituelle Tiefendimension der Sorge betont: „Nur ein absolutes Ich ist imstande, die Kontingenzlücke der persönlichen Existenz zu schließen und dem Einzelnen zu versichern: ‚An sich muss es dich nicht geben, das ist wahr; doch ich will, dass du bist; für mich muss und soll es dich geben; darin gründet deine Berechtigung, deine Notwendigkeit, dein Wert, dein Ansehen und deine Anerkennung; und sie gelten vorab zu deinem Sein; sie sind der Grund deiner Existenz; sie eröffnen das Feld deiner Entfaltung, indem du dich selbst entdeckst als gemocht und bejaht und geliebt.‘ Ohne eine solche Stimme im Hintergrund des Daseins gerät ein Mensch mit Bewusstsein in den Sog der vollkommenen Grund- und Haltlosigkeit. [...] Die so notwendige Stimme einer absoluten Bejahung kann nicht aus der Natur stammen, sie kann auch nicht aus der Gesellschaft stammen, sie ist die Stimme einer absoluten Person im Hintergrund aller Wirklichkeit; die einem jeden, was ist, in der Freiheit ihrer Zuwendung den notwendigen Grund zum Dasein verleiht.“²⁷

26 Vgl. Illich, In den Flüssen nördlich der Zukunft.

27 Drewermann, Von Krieg zu Frieden, 354f.

Literatur

- Agamben, Giorgio: An welchem Punkt stehen wir? Die Epidemie als Politik, Wien: Turia + Kant 2021.
- Aly, Götz: Die Belasteten. „Euthanasie“ 1939 – 1945. Eine Gesellschaftsgeschichte, Frankfurt/M.: Fischer 2013.
- Bucher, Rainer: Caring church. Einige Überlegungen zu Macht und Pastoral in kapitalistischen Zeiten, in: Gronemeyer, Reimer/Schuchter, Patrick/Wegleitner, Klaus (Hg.): Care – vom Rande betrachtet. In welcher Gesellschaft wollen wir leben und sterben?, Bielefeld: transcript (Care – Forschung und Praxis 5), 231–244.
- Die konvivialistische Internationale: Das zweite konvivialistische Manifest. Für eine post-neoliberale Welt, Bielefeld: transcript 2020.
- Drewermann, Eugen: Von Krieg zu Frieden. Kapital & Christentum 3, Ostfildern: Patmos 2017.
- Esterbauer, Reinhold: Transzendenz-„Relation“. Zum Transzendenzbezug in der Philosophie von Emanuel Levinas', Wien: Passagen-Verlag 1992.
- Gronemeyer, Reimer: Die Schwachen zuerst. Lektionen aus dem Lockdown, München: Claudius 2021.
- Gronemeyer, Reimer/Fink, Michaela: Wie die Sorge industrialisiert wird, in: Gronemeyer, Reimer/Schuchter, Patrick/Wegleitner, Klaus (Hg.): Care – vom Rande betrachtet. In welcher Gesellschaft wollen wir leben und sterben?, Bielefeld: transcript (Care – Forschung und Praxis 5), 209–220.
- Guanzini, Isabella: Sorge um die Freude. Annäherungen an einer Kartografie der Affekte, in: Gronemeyer, Reimer/Schuchter, Patrick/Wegleitner, Klaus (Hg.): Care – vom Rande betrachtet. In welcher Gesellschaft wollen wir leben und sterben?, Bielefeld: transcript (Care – Forschung und Praxis 5), 167–178.
- Heinemann, Wolfgang: „Der Nächste, bitte!“, in: Gronemeyer, Reimer/Schuchter, Patrick/Wegleitner, Klaus (Hg.): Care – vom Rande betrachtet. In welcher Gesellschaft wollen wir leben und sterben?, Bielefeld: transcript (Care – Forschung und Praxis 5), 69–74.
- Heller, Andreas/Pleschberger, Sabine/Fink, Michaela/Gronemeyer, Reimer: Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland, Ludwigsburg: Der Hospiz Verlag 2015.
- Illich, Ivan: In den Flüssen nördlich der Zukunft. Letzte Gespräche über Religion und Gesellschaft mit David Cayley, München: Beck 2006.
- Jung, Anne: Schlecht klebende Pflaster statt Solidarität, in: analyse & kritik 670 (20.04.2021), <https://www.akweb.de/ausgaben/670/initiative-covax-international-e-hilfe-corona-impfstoff-beschaffung/>. [16.08.2021]
- Krobath, Thomas: Konturen kritischer Organisationsethik, in: Gronemeyer, Reimer/Schuchter, Patrick/Wegleitner, Klaus (Hg.): Care – vom Rande betrachtet. In welcher Gesellschaft wollen wir leben und sterben?, Bielefeld: transcript (Care – Forschung und Praxis 5), 115–129.

- Levinas, Emmanuel: Ethik und Unendliches. Gespräche mit Philippe Nemo. Hrsg. v. Peter Engelmann, Graz/Wien: Böhlau 1986 (Edition Passagen 11).
- Levinas, Emmanuel: Gott, der Tod und die Zeit, Wien: Passagen-Verlag 1996 (Edition Passagen 43).
- Lüchinger, Thomas (Hg.): DA SEIN. Gespräche über die fürsorgliche Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase, St. Gallen: *palliative ostschweiz* 2020.
- Metz, Christian: Nicht nur letzten Endes: Das Zeitliche segnen. Grenzen und Fragmente als mögliche Begegnungsorte mit dem ANDEREN, in: Gronemeyer, Reimer/Schuchter, Patrick/Wegleitner, Klaus (Hg.): Care – vom Rande betrachtet. In welcher Gesellschaft wollen wir leben und sterben?, Bielefeld: transcript (Care – Forschung und Praxis 5), 57–66.
- Pörksen, Uwe: Plastikwörter. Die Sprache einer internationalen Diktatur, Stuttgart: Klett-Cotta 1988.
- Schmidt, Thomas: Organisation der Sorge. Organisationsethik als Anfrage zur Mixtur von Sorge und Versorgung, in: Gronemeyer, Reimer/Schuchter, Patrick/Wegleitner, Klaus (Hg.): Care – vom Rande betrachtet. In welcher Gesellschaft wollen wir leben und sterben?, Bielefeld: transcript (Care – Forschung und Praxis 5), 131–141.
- Schuchter, Patrick: Lachen, Lächeln und Gelassenheit. Von der geistigen Größe der Menschen in Scherz, Humor und Gastfreundschaft, in: Gronemeyer, Reimer/Schuchter, Patrick/Wegleitner, Klaus (Hg.): Care – vom Rande betrachtet. In welcher Gesellschaft wollen wir leben und sterben?, Bielefeld: transcript (Care – Forschung und Praxis 5), 179–192.
- Smith, Adam: Theorie der ethischen Gefühle. Auf der Grundlage der Übersetzung von Walther Eckstein neu herausgegeben von Horst D. Brandt, Hamburg: Meiner 2010.
- Tronto, Joan: Caring Democracy. Markets, Equality, and Justice, New York: New York University Press 2013.
- Wegleitner, Klaus/Heimerl, Katharina/Kellehear, Allan (Hg.): Compassionate Communities. Case studies from Britain and Europe, London: Routledge 2016.
- Winkler, Gabriele: Care Revolution. Schritte in eine solidarische Gesellschaft, Bielefeld: transcript 2015.

II. Diskussion reaktiver Strategien

Impfen gegen COVID-19. Die Stellungnahmen der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt als Beispiel für ethische Politikberatung

Jürgen Wallner

Einleitung

Die SARS-CoV-2- bzw. COVID-19-Pandemie (im Folgenden immer nur kurz *COVID-19-Pandemie*) hat die Ethik vor eine breite Palette an Fragen gestellt (Kuczewski 2020; Simon/Zang 2020). Darunter solche der unmittelbaren klinischen Versorgung von an COVID-19 Erkrankten und die damit verbundenen Risiken einer Ressourcenknappheit (BÄK 2020; Bioethikkommission 2020e; DIVI 2020; Ehni et al. 2020; FASIM 2020; Hurst et al. 2020b); der Einschränkung oder Unterbindung von Kontaktrechten von Patient*innen in Krankenhäusern und Bewohner*innen in Langzeitpflegeeinrichtungen (Hurst et al. 2020a; Trad et al. 2020; Opolony 2021; Rogge et al. 2021); den Umgang mit moralischem Stress von Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe (Knochel et al. 2020); der Herausforderung von mangelhafter Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung (Czyponka et al. 2020; Rosner 2021); der Forschungsethik (Leopoldina 2020; Monrad 2020; Lane und Fauci 2021); oder von nationalen und internationalen Systemfragen der sozioökonomischen Einflussfaktoren auf Gesundheit (Deutscher Ethikrat 2020; Horton 2020a, 2020b; Lancet 2020). Insgesamt gewann durch die Pandemie die Public Health Ethik abrupt eine Relevanz, die ihr zuvor nur wenige Menschen zuerkannt haben (Childress et al. 2002; Hack 2020; Heilinger et al. 2020). Viele dieser ethischen Fragen wurden von Ethikberatungsgremien aufgegriffen: von Gremien wissenschaftlicher Akademien, Fachgesellschaften und Berufsvereinigungen sowie von solchen der ethischen Politikberatung. In Österreich wurde für die letztgenannte Aufgabe 2001 die Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (im Folgenden immer nur kurz *Bioethikkommission* oder *Kommission*) errichtet (Bioethikkommission 2020d). Sie berät den Bundeskanzler „in allen gesellschaftlichen, naturwissenschaftlichen und rechtlichen Fragen aus ethischer Sicht, die sich im Zusammenhang mit der Entwicklung der Wissenschaften auf dem Gebiet der Humanmedizin und -biologie

ergeben.“ (§ 2 Abs. 1 BEK-V¹) Damit vergleichbar beschäftigen sich in Deutschland der Deutsche Ethikrat und in der Schweiz die Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin mit diesen Fragen und haben seit Beginn der COVID-19-Pandemie so wie die Bioethikkommission zahlreiche Stellungnahmen veröffentlicht. Der folgende Beitrag konzentriert sich auf jene Stellungnahmen, welche die Bioethikkommission zur Impftematik erarbeitet hat.

1. Vorarbeiten

Die Bioethikkommission beschäftigte sich bislang in sieben Stellungnahmen mit ethischen Aspekten des Impfens, drei davon im Kontext der COVID-19-Pandemie. Im Folgenden werden diese Publikationen vorgestellt und durch weiterführende Literaturhinweise in die internationalen Fachdiskussionen eingebettet.

1.1 Rahmenwerk der Impfetik

Im Jahr 2014 wurde die Bioethikkommission vom Gesundheitsministerium um eine ethische Analyse des Themas *Impfen* ersucht. Anlass war die international geführte Diskussion um das vermehrte Auftreten von Masernfällen aufgrund eines Rückgangs der Inanspruchnahme von Masernschutzimpfungen (Schaks/Krahnert 2015; Sandhofer et al. 2017; Amhaouach/Kießling 2019; Rixen 2020). Daraus entwickelte sich die Stellungnahme „Impfen – ethische Aspekte“ vom Juni 2015 (Bioethikkommission 2015), in der die Kommission ein Rahmenwerk an Gesichtspunkten, Prinzipien und Kriterien für eine öffentliche Debatte darlegte, welches über die Masernimpfung hinausgeht. Der rote Faden, der sich durch diese und die folgenden Stellungnahmen durchzieht, ist die Zusammenschau von individual- und sozialetischer Perspektive (Kaelin 2016; Arora et al. 2018; Berlinger et al. 2020). Die klassische Medizin- und Bioethik ist durch die individualethische Auseinandersetzung mit der konkret betroffenen Person geprägt. Im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen, wie sie auch Impfungen darstellen, ist hierbei die Institution des *Informed Consent* maßgeblich. Demnach hat das betroffene Individuum das Recht,

1 Verordnung des Bundeskanzlers über die Einsetzung einer Bioethikkommission, BGBl. II 2001/226 i.d.F. BGBl. II 2012/335.

in die Entscheidungsfindung eingebunden zu werden und eine Behandlung auch dann abzulehnen, wenn andere Menschen meinen, sie sei dringend empfohlen. Diese individualethische Herangehensweise, die sich insbesondere auf die ethischen Prinzipien des Respekts vor der Selbstbestimmung und des Nichtschadens berufen kann (Beauchamp/Childress 2019), gilt auch im Kontext von Impfungen. Zugleich sind zahlreiche Impfungen dadurch gekennzeichnet, dass sie nicht nur im Sinn der geimpften Person erfolgen, sondern ebenso zugunsten Dritter (Duttge 2019). Diese Berücksichtigung von Gruppen, der Bevölkerung und letztlich der Menschheit ist der für die Public Health Ethik typische sozialetische Ansatz (Dawson 2007; Colgrove 2019; Childress 2020). Er hat die öffentliche Gesundheit im Auge und zielt im Zusammenhang mit Impfprogrammen auf eine *Gruppenimmunität* ab, welche auch jene Personen vor einer Infektion bzw. Krankheit schützen soll, die nicht geimpft sind (Wiedermann-Schmidt 2016).

Individual- und sozialetische Perspektiven sind aufeinander angewiesen und können doch in Spannung zueinander stehen. Dies zeigt sich beispielsweise dann, wenn Individuen eine Impfung ablehnen und dadurch die Funktion gesellschaftlicher Bereiche (z. B. Gesundheits-, Bildungswesen) durch ein höheres Infektions- und damit Ausfallrisiko der dort Tätigen gefährden. Hier würde die individualethisch begründete Entscheidung die sozialetisch begründeten Interessen unter Druck bringen. Umgekehrt wäre es, wenn ein Kollektiv Impfungen von Individuen allein mit der Überlegung erzwingt, dass dadurch Dritte einen Vorteil hätten. Hier würde die sozialetische Nutzenmaximierung individualethisch begründete Interessen negieren. Da somit weder individual-, noch sozialetische Gesichtspunkte eine pauschale, absolute Auflösung der Spannung erlauben, ist ein schonender Ausgleich berechtigter Interessen von Individuen und Kollektiven anzustreben. Diese Linie wird in der Stellungnahme der Bioethikkommission grundgelegt und differenziert entwickelt.

Ein erster Schritt besteht darin, dass der Ausgleich umso tragfähiger sein wird, je besser er sachlich begründet ist. Dies erfordert z. B. eine ausreichende Informationsgrundlage über die Wirkweisen von Infektionserregern hinsichtlich ihrer Transmission, Pathogenität oder Immunreaktionen der Infizierten und über die Nutzen-Risiko-Verhältnisse von konkreten Impfprogrammen im Allgemeinen und im Speziellen für bestimmte Zielgruppen (z. B. immunsupprimierte Personen). Ein zweiter Schritt fördert den Ausgleich dadurch, dass nach graduellen Lösungen gesucht wird, anstatt Absolutpositionen zu vertreten. Hierzu verweist die Stellungnahmen z. B. auf eine Krieteriologie (nachgewiesene Wirksamkeit, günstiges Kosten-Risiko-Verhältnis, akzeptables Kosten-Nutzen-Verhältnis, möglichst gerin-

ge Restriktionen und faire, transparente Entscheidungsverfahren) und eine Eskalationsstrategie (rein private Entscheidung, Angebot mit Kostenübernahme, Empfehlung mit Kostenübernahme, Empfehlung mit positiven Anreizen, Pflicht mit negativen Anreizen). Viele dieser ethischen Überlegungen waren bereits zum Erarbeitungszeitpunkt der Stellungnahme in der österreichischen Rechtsordnung inkorporiert (Kopetzki 2017; Krasser 2020). So ist die Grundsatzabwägung zwischen individuellen und kollektiven Interessen in den Schranken und Eingriffsregeln der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) verankert. Die in der Judikatur dazu entwickelte Verhältnismäßigkeitsprüfung zielt auf den zuvor skizzierten Ausgleich ab. In den Worten der Bioethikkommission kann das Leitmotiv der Verhältnismäßigkeit von Impfpflichtungen wie folgt ausgedrückt werden:

Je harmloser der Eingriff für die einzelne Person ist, je ‚gefährlicher‘ die Krankheit für die Gesundheit der Bevölkerung ist und je größer der Nutzen einer Impfpflicht insgesamt ist, desto eher erscheint der Eingriff in die körperliche Integrität des Einzelnen gerechtfertigt. (Bioethikkommission 2015, 21)

Für die Bioethikkommission ist auf dieser Basis auch die schon damals geltende Eingriffsmöglichkeit einer Impfpflicht im Epidemiegesetz² ausreichend begründet.

1.2 Masern

Im Mai 2019 konkretisierte die Bioethikkommission in einer Stellungnahme, dass sie die Verhältnismäßigkeit bei Masern als gewahrt ansieht und sich daher für eine allgemeine Impfpflicht in der Bevölkerung ausspricht (Bioethikkommission 2019).

1.3 Pertussis, Pneumokokken, Influenza

Vor dem Hintergrund dieser Grundsatzüberlegungen konnte die Bioethikkommission die im Zuge der COVID-19-Pandemie auftretenden Impffragen weiter bearbeiten. Dabei widmete sich die Kommission im Juni 2020 zunächst jenen Impfungen, die das Risiko eines schweren COVID-19-

2 Epidemiegesetz 1950, BGBl. 1950/186 i.d.F. BGBl. I 2021/100.

Krankheitsverläufe senken sollen und für die es bereits zum damaligen Zeitpunkt zugelassene Impfstoffe gab: Pertussis (Keuchhusten), Pneumokokken-Infektionen und Influenza (Bioethikkommission 2020c). In Hinblick auf diese Impfungen sprach sich die Bioethikkommission für eine verstärkte Informationskampagne, finanzielle Unterstützung, einen generell niederschweligen Zugang und eine Impfpflicht für bestimmte Berufsgruppen aus. Als wesentliches Argument führte die Kommission den Schutz jener Personen an, die sich selbst aufgrund ihres Gesundheitszustands oder Alters nicht impfen lassen können, obwohl sie es wollten. Zusätzlich wurde, jedenfalls für Pertussis, auf das Argument des Selbstschutzes der Geimpften verwiesen. In einer abschließenden Bemerkung sprach die Bioethikkommission in ihrer Stellungnahme ein weiteres ethisch relevantes Problem an: die Sicherstellung einer ausreichenden Impfstoffproduktion in Europa – ein Thema, das in der COVID-19-Pandemie noch hohe Bedeutung erhalten sollte.

1.4 Influenza-Impfkampagne

In Hinblick auf die Influenza-Schutzimpfung erinnerte die Bioethikkommission in einer weiteren Stellungnahme vom Oktober 2020 an die Bedeutung von fachlich fundierten Informationen über das Nutzen-Risiko-Verhältnis (Bioethikkommission 2020a). Solche Informationen sollten, so die Kommission, durch die Kommunikation von Gesundheitsbehörden, Medien und Gesundheitsberufsverbänden vermittelt werden. Zusätzlich setzte sich die Bioethikkommission in dieser Stellungnahme mit der Frage auseinander, wie die Impfstoffe bei einer allfälligen Ressourcenknappheit allokiert werden sollten. Dabei verwies sie auf eine Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wonach Angehörige von Gesundheitsberufen und Personen ab dem 60. Lebensjahr die höchste Priorität hätten, gefolgt von Personen mit chronischen Erkrankungen, Schwangeren und Kindern im Alter zwischen sechs und 59 Monaten. Um einer Mangelsituation in der Versorgung vorzubeugen (Williams/Dawson 2020), regte die Kommission eine vom Staat möglichst effizient gesteuerte Lieferkette von Zulassungsinhabern, Großhändlern und Apotheken an. Zusammenfassend erarbeitete die Bioethikkommission zu ethischen Aspekten des Impfens somit ein allgemeines Rahmenwerk (Juni 2015). Sie wandte dessen Methodik zunächst auf die Masern-Schutzimpfung an (Mai 2019). Schließlich erarbeitete die Kommission mit Hilfe des Rahmenwerks Analysen und Empfehlungen zu Impfungen gegen Pertussis, Pneumokokken und Influenza (Juni und Oktober 2020).

2. COVID-19-Impfung

Seit Beginn der COVID-19-Pandemie wird sowohl an Medikamenten gegen die bereits ausgebrochene Erkrankung als auch an Impfstoffen zur Verhinderung einer Erkrankung geforscht. Die Bioethikkommission hat diese Entwicklung vor dem Hintergrund ihrer Vorarbeiten zur Impffethik in bislang drei Stellungnahmen begleitet.

2.1 Ethische Fragen einer Impfung gegen COVID-19

Im November 2020, also vor der Zulassung eines ersten COVID-19-Impfstoffs, veröffentlichte die Bioethikkommission ihre erste Stellungnahme hierzu (Bioethikkommission 2020b). Zum damaligen Zeitpunkt war noch unklar, ob, welchen bzw. wie viele, wann und wie es einen solchen Impfstoff geben wird. Diese unsichere Ausgangssituation gilt es auch in der ethischen Analyse wahrzunehmen. Deshalb ist die Stellungnahme der Bioethikkommission in vielen Punkten darauf angewiesen, mit Annahmen und Szenarien zu arbeiten, die durch den zum Zeitpunkt der Veröffentlichung bestmöglich verfügbaren Wissensstand belegt wurden (Nature Editors 2020; Schröder-Bäck et al. 2020).

2.1.1 Allokation knapper Impfstoffe

Unter der Annahme, dass es zu einem noch unbestimmten zukünftigen Zeitpunkt zumindest einen zugelassenen Impfstoff geben würde, widmete sich die Stellungnahme zunächst der Frage, welche Kriterien und Prozesse aus ethischer Sicht zu beachten sind, um die ohne Zweifel zunächst knappe Impfstoffmenge innerhalb Österreichs gerecht zu allokalieren (Day et al. 2020; National Academies of Sciences 2020; Schmidt 2020; Berlinger et al. 2021; Hughes et al. 2021; Shachar 2021). Die Empfehlungen für eine Allokation basieren auf einer Zusammenschau von fachlichen (pharmakologischen, medizinischen, epidemiologischen) und normativen (rechtlichen, ethischen) Gesichtspunkten. Die Berücksichtigung fachlicher Aspekte ist für die ethische Urteilsbildung nötig, weil eine gerechte Allokation unter anderem davon abhängt, wie die individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung für die impfbereite Person aussieht und welche Effekte die Impfung für Dritte hätte. Hier zeigt sich die schon zuvor im Rahmenwerk angesprochene Doppel-Perspektive von individual- und sozialetischer Relevanz der

Impffragen. Je nachdem, wie ein konkreter Impfstoff wirkt (z. B. nur einen schweren Krankheitsverlauf verhindert, das Risiko eine Infektion der geimpften Person senkt oder eine Übertragung des Virus unterbindet), können unterschiedliche Personengruppen in unterschiedlicher Weise von Impffragen betroffen sein und sind diese folglich auch unterschiedlich bei Allokationsfragen zu berücksichtigen. Die Stellungnahme weist darauf hin, dass diese Aspekte zum damaligen Zeitpunkt noch nicht ausreichend mit Inhalten befüllt werden konnten, da noch kein Impfstoff eine Zulassung beantragt oder erhalten hatte. Zugleich zeigt die Stellungnahme, dass auch unabhängig davon eine fundierte und vorausschauende Systematik entwickelt werden kann, die dann im Anlassfall rechtzeitig für akute Entscheidungen heranzuziehen ist.

Die normativen Aspekte einer Allokation von COVID-19-Impfstoffen werden von der Bioethikkommission vor dem Hintergrund des geltenden Gesundheits- und Gleichbehandlungsrechts erörtert. Die hierbei einschlägigen Prinzipien von Autonomie, Nichtschaden, Wohltun und Verantwortung führen zu folgender sachlich begründeter Differenzierung und Priorisierung von Personengruppen bei der Impfstoffallokation:

1. **Vulnerable Personen:** Die höchste Priorität sollten jene Menschen haben, deren Risiko, an einer COVID-19-Erkrankung schwer zu Schaden zu kommen, am größten ist. Ziel wäre es, deren individuelle Krankheitslast, aber auch eine durch ihre Behandlungsbedürftigkeit entstehende Belastung des Gesundheitssystems, möglichst niedrig zu halten. Die Vulnerabilität kann durch hohes Alter, spezifische Vorerkrankungen, den aktuellen Gesundheitszustand oder die psychosoziale Lebenssituation bedingt sein.
2. **Gesundheits- und Pflegepersonal:** Die zweithöchste Priorität sollten Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe erhalten. Dies begründet sich zum einen damit, dass diese Personen durch ihre Berufe ein erhöhtes Infektionsrisiko haben (also selbst erkranken können); zum anderen dadurch, dass die Sicherstellung ihrer Versorgungsleistung für alle anderen Menschen wichtig ist und die Infektion von Gesundheits- und Pflegepersonal selbst bei einem individuell symptomlosen oder milden Verlauf zu dessen Ausfall in der Versorgung führt.
3. **Multiplikatoren:** Die dritthöchste Priorität sollten jene Gruppen haben, die aufgrund eines hochfrequenten Kontakts zu anderen Menschen selbst und für diese anderen ein erhöhtes Infektionsrisiko haben. Dazu zählen zum Beispiel Berufe, die mit Kindern und deren Eltern regelmäßig zusammenkommen (Kindergärten, Schulen) und Dienstleistungsberufe, die mit vielen, aber nicht näher bekannten Personen zu tun

haben (etwa Angestellte in Supermärkten). Begründen lässt sich diese Priorisierung neben dem individuellen Schutz der geimpften Person mit dem Ziel, das Infektionsgeschehen durch die Immunisierung von potenziellen Multiplikatoren einzudämmen und damit auch Dritte zu schützen.

4. Beschäftigte in kritischer Infrastruktur: Die vierthöchste Priorität hätten jene Gruppen, die für die Aufrechterhaltung des Gemeinwesens besonders relevant sind. Die Bioethikkommission verweist darauf, dass deren Identifikation bzw. Eingrenzung umstritten sein kann, aber wohl jedenfalls die Bereiche Sicherheit (z. B. Gesundheitsämter, Polizei, Feuerwehr) und Versorgung (z. B. Energie, Wasser, Müll) umfassen.

Ein ethisch relevanter Aspekt der Allokation knapper COVID-19-Impfstoffe wird in der Stellungnahme der Bioethikkommission nicht behandelt: die Frage der globalen Allokation. Sie wird in den internationalen Fachpublikationen seit Auftreten von COVID-19 intensiv diskutiert (Bollyky/Bown 2020; Emanuel et al. 2020; Usher 2020; Emanuel et al. 2021). Denn die Art, wie COVID-19-Impfstoffe global allokiert werden, drückt Vorstellungen von Gerechtigkeit aus und stellt eine wahrscheinlich entscheidende Weiche in der Effektivität der Pandemiebekämpfung dar.

2.1.2 *Freiwilligkeit und ihre Grenzen*

Ein zweites Thema, dem sich die Stellungnahme der Bioethikkommission vom November 2020 widmet, betrifft jenes Szenario, in dem COVID-19-Impfstoff zur Verfügung steht, aber die Nachfrage der Menschen geringer ist als das Angebot (Rosenbaum 2021). Die Bioethikkommission nähert sich dem international seit langer Zeit sehr intensiv debattierten Thema einer *Impfpflicht* durch die Differenzierung zwischen einer allgemeinen Impfpflicht und einem Impfnachweis als Voraussetzung für die Ausübung bestimmter Tätigkeiten (z. B. in einem Beruf) (Heissenberger 2016; Wünsch-Brandner/Grandl-Eder 2019). In Hinblick auf eine COVID-19-Impfung als *Berufsausübungserfordernis* verweist die Bioethikkommission auf ihre bereits weiter oben dargestellten Vorarbeiten. Besondere Aufmerksamkeit widmet sie den Schutz- und Organisationspflichten der Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen (Grimm 2016; Berlinger et al. 2021). Demnach kann die Impfentscheidung in einer arbeitsteiligen Organisation, die einer über die Individualverantwortung hinausgehenden institutionellen Gesamtverantwortung unterliegt, nicht bloß vom Individuum abhängig gemacht werden. Zugleich ist eine Organisation darauf ver-

pflichtet, einen Interessensausgleich zwischen den berechtigten Präferenzen ihrer Angestellten und anderer Stakeholder (v. a. ihren Klient*innen) zu versuchen. Die Bioethikkommission anerkennt, dass dieser Versuch (z. B. durch Einsatz von nicht-geimpftem Personal in Klient*innen-fernen Bereichen) an Grenzen stoßen wird. Zwar setzt sich die Stellungnahme nicht mit einschlägigen arbeitsrechtlichen Konfliktmechanismen (z. B. Kündigung) auseinander, sie verweist aber auf die schon seit langem existierende Möglichkeit des Epidemiegesetzes, eine Impfung als Berufsausübungsanforderung für das Gesundheitspersonal einzufordern und durch eine entsprechende rechtliche Regelung zu normieren. In Hinblick auf eine allgemeine Impfpflicht für die Bevölkerung bezieht sich die Bioethikkommission auf ihr Rahmenwerk, insbesondere auf die Methodik und den Prüfmaßstab der Verhältnismäßigkeit. In Anbetracht der noch unklaren fachlichen Aspekte der COVID-19-Impfstoffe sieht die Bioethikkommission die Verhältnismäßigkeit für eine allgemeine Impfpflicht zum Zeitpunkt der Stellungnahme als noch nicht beurteilbar und eine Pflicht daher als nicht gerechtfertigt an. Stattdessen sprach sich die Bioethikkommission für eine umfassende und transparente Information über alle Schritte der Zulassung, Allokation und Anwendung künftiger COVID-19-Impfstoffe aus, um so der Bevölkerung möglichst autonome Entscheidungen über die individuelle Impfbereitschaft zu ermöglichen.

2.1.3 Einschränkungen von Grundrechten

Abschließend beschäftigt sich die Bioethikkommission in dieser Stellungnahme bereits mit der weiterführenden Frage, wie sich die COVID-19-Impfung auf die Ausübung von Grundrechten in der Pandemie auswirken könnte. Seit Beginn der Pandemie wurden in Österreich und international in die Ausübung einiger Grundrechte einschränkend eingegriffen (z. B. Freizügigkeit, Privatleben, Erwerbstätigkeit). Mit Einführung einer Impfung und dem dadurch beeinflussten epidemiologischen Geschehen würden sich wesentliche Gesichtspunkte der Erforderlichkeit und damit Verhältnismäßigkeit dieser Einschränkungen verändern. Schon in dieser Stellungnahme vom November 2020 wies die Bioethikkommission darauf hin, dass die Rechtfertigung für Grundrechtsbeschränkungen somit unter Hinweis auf einen positiven Impfstatus für die betroffenen Individuen wegfallen müsste. Zugleich sprach die Bioethikkommission das sozioethische Problem an, dass mit dieser individualetisch solide begründeten, vollen Wiederherstellung der Freiheitsrechte eine gesellschaftliche „Demoralisierung“ einhergehen könnte, der es gegenzusteuern gelte z. B. durch

Aufrechterhaltung von allgemeinen Schutzmaßnahmen wie Hygiene- und Schutzmaskenpflichten.

2.2 *Rechtliche und ethische Fragen im Zusammenhang mit geimpften und genesenen Personen in der COVID-19-Pandemie*

Im April 2021 knüpfte die Bioethikkommission an jenes Thema an, welches sich in ihrer Stellungnahme vom November 2020 bereits abgezeichnet hatte: Welche Aspekte sind zu berücksichtigen, wenn es um den staatlichen Umgang mit geimpften oder genesenen Personen in der COVID-19-Pandemie geht? (Bioethikkommission 2021b) Anlass war eine Anfrage des Gesundheitsministeriums, welches mit der Vorbereitung eines Immunitätsnachweises (*Grüner Pass*) beschäftigt war, der in Österreich und der Europäischen Union den Status von COVID-19-Impfung und -Genesung dokumentieren sollte (Brown et al. 2020; de Miguel Beriain/Rueda 2020; Kofler/Baylis 2020; Persad/Emanuel 2020; Phelan 2020; Ravitsky/Weinstock 2020; Council of Europe 2021; Hall/Studdert 2021). Ausgangspunkt der Überlegungen der Bioethikkommission waren wiederum die fachlichen (pharmakologischen, medizinischen, epidemiologischen) Grundlagen, die im April 2021 schon deutlich klarer waren als zum Zeitpunkt der vorangegangenen Stellungnahme. Mittlerweile wurden weltweit mehrere Impfstoffe eingesetzt, die allesamt eine sehr hohe Wirksamkeit gegen Hospitalisierung, schwere Verläufe und Tod bei COVID-19 zeigten. Zusätzlich zum Selbstschutz der Geimpften verringerten die Impfstoffe das Risiko einer Übertragung des Virus (Transmissionsschutz), hatten also einen Nutzen für (auch nicht-geimpfte) Dritte. Die Risiken, die mit einer COVID-19-Impfung einhergehen können (z. B. starke Impfreaktionen oder Nebenwirkungen) wurden in der Stellungnahme nicht weiter beleuchtet, da sie sich ausschließlich der Frage widmete, was eine erfolgte Impfung für die Betroffenen in Hinblick auf ihre Grundrechte bedeuten kann. Da sich für von COVID-19 Genesene und negativ Getestete analoge Fragen stellen, wurden diese Personengruppen in der Stellungnahme ebenfalls berücksichtigt.

Normativer Bezugspunkt der Überlegungen ist der grundrechtliche Rahmen, wie er für Österreich insbesondere durch die EMRK bestimmt wird. Einschränkungen der darin enthaltenen Individualrechte wurden und werden in einer Epidemie- oder Pandemiesituation in der Regel mit dem Schutz der Gesundheitsversorgung und dem Schutz Dritter gerechtfertigt. Die Schwierigkeit, dass diese Einschränkungen gegenüber jedem einzeln davon betroffenen Menschen zu begründen sind, dies aber

zugleich an praktische Grenzen stößt (z. B. der Schwierigkeit, das individuelle Risiko hinreichend zuverlässig zu bestimmen oder der Schwierigkeit, die Einhaltung individuell abgestimmter Verhaltensregeln zu überprüfen), muss laut Bioethikkommission in der Verhältnismäßigkeitsprüfung berücksichtigt werden. Im Ergebnis führt diese Methodik dazu, dass Grundrechtseinschränkungen zurückgenommen werden müssen, soweit nicht zwingende Gründe praktischer Art, der gesellschaftlichen Destabilisierung („Demoralisierung“) oder eines gesteigerten Schutzbedürfnisses von speziellen Gruppen (z. B. hochvulnerablen Personen) dagegensprechen. Die Politik steht vor diesem Hintergrund vor der Herausforderung, das grundsätzlich als richtig Erkannte klug umzusetzen. Dazu gehört insbesondere, Effekte zu vermeiden, die letztlich zu einer Erosion des für die Aufrechterhaltung der (Grund-)Rechtsordnung unabdingbaren Rechtsethos nötig sind. Deshalb sieht die Bioethikkommission die politische Verantwortung bei der Ausgestaltung eines Immunitätsnachweises nicht nur dahingehend, eine formal korrekte grundrechtliche Umsetzung sicherzustellen, sondern zusätzlich dabei auf jene Politikinstrumente zurückzugreifen, die jenes Rechtsethos unterstützen, das für die Umsetzung vorausgesetzt werden muss. Dazu zählt laut Stellungnahme insbesondere die Sensibilisierung für Solidaritätserfordernisse innerhalb der Gesellschaft und die Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung, um mit (Infektions-)Risiken differenziert umgehen zu können (Abstiens et al. 2021). Aufgrund der fachlichen Erkenntnisse sprechen somit starke Argumente dafür, dass die grundrechtlichen Einschränkungen für geimpfte und genesene Menschen so rasch und so weit wie möglich zurückzunehmen sind, bei gleichzeitiger umsichtiger politischer Gestaltung des Umgangs mit dem weiterhin bestehenden epidemiologischen Risiko und mit den Auswirkungen der Regulierung auf das Rechtsethos. Ein Baustein, den die Bioethikkommission in diesem Zusammenhang anspricht, ist die *immunologische Barrierefreiheit*, d. h. die möglichst niederschwellige Möglichkeit der Testung und Gleichstellung von Getesteten mit Geimpften bzw. Genesenen, solange eine Impfung nicht allgemein verfügbar ist.

Der Eindruck, dass mit der Wiederherstellung der Grundfreiheiten für Geimpfte, Genesene und Getestete jene diskriminiert würden, die nicht zu einer dieser Gruppen zählen, entkräftet die Bioethikkommission. Soweit die zuvor genannten Aspekte der immunologischen Barrierefreiheit erfüllt sind, werden Menschen, die nicht zu den Geimpften, Genesenen oder Getesteten zählen, nicht unsachlich anders behandelt (d. h. diskriminiert), sondern allenfalls sachlich begründet differenziert (in Hinblick auf gesundheitliche Risiken für Dritte). Im Gegenteil würde vor diesem Hintergrund die Aufrechterhaltung der Freiheitsbeschränkungen für Ge-

impfte, Genesene und Getestete deren Diskriminierung darstellen, und zwar im Vergleich zu jenem Normalfall der vollen Freiheitsrechte, die nur sachlich begründet und verhältnismäßig eingeschränkt werden dürfen. Dem Vorwurf, dass dadurch eine indirekte Impfpflicht für alle Menschen begründet würde, begegnet die Bioethikkommission mit einer Differenzierung: Einerseits anerkennt sie, dass durch das beschriebene Vorgehen die Anreize zur Impfung steigen. Soweit damit Menschen, die sich nicht impfen oder testen lassen wollen, aber nicht von der Befriedigung fundamentaler Grundbedürfnisse ausgeschlossen werden, wie sie typischerweise mit einem Kontrahierungszwang belegt sind (z. B. öffentlicher Verkehr, Lebensmittelversorgung, Apotheken), trifft der Begriff ‚Impfpflicht‘ die Situation weder formal noch inhaltlich korrekt. Abschließend weist die Bioethikkommission darauf hin, dass die Instrumente zum Nachweis einer COVID-19-Impfung, -Genesung oder -Testung nur so lange eingesetzt werden sollten, als dies durch die epidemiologische Lage erforderlich ist.

2.3 Impfung gegen COVID-19 als Berufserfordernis für die Gruppe der Pflege- und Gesundheitsberufe

In ihrer Stellungnahme vom Mai 2021 griff die Bioethikkommission eine Frage heraus, die sie schon in vorangegangenen Publikationen analysiert hatte: jene nach dem Impfstatus von Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe (Bioethikkommission 2021a). Die Stellungnahme stellt in gewisser Weise eine Bekräftigung bisheriger Aussagen vor dem Hintergrund weiter fortschreitender Erkenntnisse zum Pandemie-Verlauf und den Wirkweisen sowie Nutzen-Risiko-Profilen der zugelassenen COVID-19-Impfstoffe dar. Die Bioethikkommission erinnert daran, dass dem Gesundheitspersonal eine sehr hohe Priorität zukommen sollte, wenn es um die Allokation von Impfstoffen geht. Dies soll den Betroffenen ermöglichen, möglichst effizient ein Impfangebot wahrnehmen zu können. Sodann verweist die Kommission auf ihre Beurteilung, wonach eine COVID-19-Impfung zumindest für die Dauer der Pandemie als Voraussetzung für die Berufsausübung eingefordert werden sollte. Im Unterschied zu einer allgemeinen Impfpflicht, welche die Bioethikkommission weiterhin als nicht erforderlich ansieht, spricht sie sich für eine solche *Berufspflicht* aus. Anlass für diese Bekräftigung waren anhaltende Impflücken beim Personal von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, die zu einem weiterhin bestehenden Infektionsrisiko und Einschränkungen der Freiheit für (geimpfte) Klient*innen führten. Vor diesem Hintergrund verwies die Bioethikkommission nochmals auf die ohnedies im Epidemiegesetz bestehen-

de Möglichkeit, eine Impfung als Voraussetzung für die Ausübung eines Gesundheitsberufs zu normieren. Unter Berücksichtigung der Verhältnismäßigkeit wird die politische Verantwortung, eine solche Normierung in Erwägung zu ziehen, umso schwerwiegender, je klarer die Geeignetheit (Wirksamkeit der Impfung), Notwendigkeit (nachdem gelindere Mittel des Anbietens, Empfehlens ausgeschöpft sind) und Adäquanz (in Hinblick auf das Nutzen-Risiko-Profil des konkreten Impfstoffs) wird. Dass diese Verhältnismäßigkeit auch innerhalb der Gesundheitsberufe nochmals zu einer sachlichen Differenzierung führen kann (z. B. durch Abstufungen nach Gefährdungsklassen), ist für die Bioethikkommission ein zusätzliches Argument, diese Schritte in Erwägung zu ziehen.

3. Fazit: Ethische Politikberatung am Beispiel der COVID-19-Impfung

Die COVID-19-Pandemie stellt alle Akteure vor zahlreiche, weitgefächerte ethische Herausforderungen. Soweit es sich bei den Akteuren um politische Verantwortungsträger handelt, können diese auf Gremien und Instrumente der ethischen Politikberatung zurückgreifen, wie sie sich vor allem seit Beginn der 2000er-Jahre international im Zuge der Entwicklung der biomedizinischen Forschung (*Life Sciences*) etabliert haben. In Österreich wird diese ethische Politikberatung auf Ebene der Bundesregierung durch die Bioethikkommission wahrgenommen. Die Bioethikkommission hat sich in den letzten Jahren mehrfach und intensiv mit ethischen Aspekten des Impfens auseinandergesetzt. Im Kontext der COVID-19-Pandemie kamen dabei klassische impfethische Topoi wie das Verhältnis von Selbstbestimmung und Verantwortung gegenüber Dritten ebenso vor wie zusätzliche Aspekte, etwa allokationsethische Fragestellungen. Die Bioethikkommission griff diese verschiedenen Themen auf und versuchte, sie innerhalb eines nachvollziehbaren ethischen Beurteilungsrahmens zu analysieren. Dieser Beurteilungsrahmen umfasst den Abgleich von deskriptiven, prognostischen, evaluativen und normativen Aspekten und Argumenten, die zusammen zu ethischen Urteilen führen (Wallner 2018). Kein Aspekt für sich allein kann ein ethisches Urteil ausreichend begründen. Deshalb ist die ethische Urteilsbildung nicht nur eine vielschichtige, sondern auch aufwendige Angelegenheit. Wer hier ‚Abkürzungen‘ sucht und allein auf Basis des Faktischen, denkbarer Szenarien, Präferenzen oder Normen ein ethisches Urteil bilden möchte, wird zu kurz greifen und schlimmstenfalls in die Irre gehen (z. B. durch Moralisieren gegenteilige Effekte erzielen). Die Bioethikkommission versucht, die verschiedenen Aspekte der ethischen Urteilsbildung durch ihre multiprofessionelle und multidisziplinäre

Zusammensetzung abzudecken. Die Struktur und Argumentation ihrer Stellungnahmen sind der Nachweis, inwieweit ihr das gelingt.

Inwieweit die Bioethikkommission dieser Aufgabe gerecht wird, zeigt sich daher in den Hauptteilen ihrer Stellungnahmen: in den Analysen, Argumentationen und Abwägungen. Sie liefern jene Substanz, die man gemeinhin mit ethischer Beratung verbindet: eine Unterstützung bei der eigenen (autonomen) Urteilsbildung. Die Rezipienten der Stellungnahmen, zumal wenn sie Entscheidungsträger sind, fokussieren freilich meist auf die Empfehlungen der Bioethikkommission. Dies ist insofern verständlich, als sich Entscheidungsträger unter Beratung auch das Einbringen von Expertise erwarten, die ihnen einige Optionen nahelegt (zurät, empfiehlt) und von anderen abrät. Diese Form von Expertise (Fachexpertise) ist gerade im Kontext der COVID-19-Pandemie von vielen Seiten kritisch beleuchtet worden (Kissler 2020; Lübke 2020). Aus ethischer Perspektive erfolgt diese Kritik insoweit zurecht, als die Grenzen zwischen Expertise und Entscheidungsautorität verschwimmen, d. h. Fragen der Legitimität und Verantwortung unbeantwortet bleiben. Für die Ethikberatung kommt hinzu, dass ihre Expertise von manchen Menschen darin gesehen wird, dass ethische Expertise *zwingende* normative Gründe für eine Handlungsoption darlegen sollte. Wo es solche zwingenden Gründe gibt, ist Ethikberatung aber tendenziell nicht nötig (da die Situation ohnehin klar genug ist) oder sie droht zum Feigenblatt verschobener Verantwortung zu werden.

In Hinblick auf das Thema der COVID-19-Impfung ist die Lage allerdings ohnehin alles andere als eine durch und durch zwingender Gründe. Die „Bürden des Urteilens“ sind fachlich und ethisch hoch (Rawls 2003, § 11.4). Wie sich in der Analyse der Stellungnahmen der Bioethikkommission gezeigt hat, durchzieht sie wie ein roter Faden der Versuch, verschiedene gut begründete Gesichtspunkte zu einem schonenden Ausgleich zu bringen: individual- und sozialetische Aspekte oder Zielvorstellungen und Normen, die Freiheiten und Sicherheiten betreffen. Dabei gibt es viele Differenzierungen, Abstufungen und Abwägungen. Ethische Politikberatung kann in diesem Zusammenhang ein Instrumentarium entwickeln, das Kriterien und Prozesse beschreibt, wie diese grundsätzlich gleichbegründeten Gesichtspunkte miteinander in Beziehung zu setzen sind. Konkretisiert man dies, etwa am Beispiel der COVID-19-Impfung, zeichnen sich einige Handlungsoptionen ab, die ethisch besser begründet werden können als andere – mitunter auch so gut, dass der Eindruck entstehen kann, es sprechen eindeutig zwingende Argumente für oder gegen eine Option. Doch selbst in diesem Fall sollte ethische Politikberatung stets eine selbstkritische Zurückhaltung üben: Wenn sie (von Politikverantwortlichen oder Medien) gefragt wird, was sie denn „empfehle“ oder als

„ethisch“ ansehe, müsste die Antwort eigentlich stets in folgende Richtung gehen: „Wir erachten folgende Gesichtspunkte für maßgeblich, um sich ein Urteil zu bilden ... Das haben auch wir selbst getan und können damit folgende Empfehlungen argumentieren ... Es ist aber nicht ausgeschlossen, dass andere Menschen unter Beachtung derselben Kriterien zu anderen Schlussfolgerungen kommen.“ – Mitunter zeigt sich dies auch innerhalb der Bioethikkommission, wenn unterschiedliche Schlussfolgerungen publiziert werden (die hier erwähnten Stellungnahmen sind alle einhellig verabschiedet worden). – Liest man sich die Stellungnahmen zum Thema (COVID-19-)Impfung durch, so gewinnt man hoffentlich den Eindruck, dass die Bioethikkommission diese Spannung von Erwägung und Empfehlung nicht aus dem Auge verloren hat.

Literatur

- Abstiens, K./Czypionka, T./Gangl, K./Grosch, K./König, T./Spitzer, F./Walter, A. (2021): Zehn Gebote der Verhaltenswissenschaften in der Pandemiebekämpfung, in: <http://irihs.ihs.ac.at/5702/> [09.06.2021].
- Amhaouach, L./Kießling, A.: Die Steigerung der Masernimpfraten von Kindern – Möglichkeiten und Grenzen des Rechts, in: *Medizinrecht* 37/11 (2019) 853–861. DOI: 10.1007/s00350-019-5366-9.
- Arora, KS./Morris, J./Jacobs, AJ.: Refusal of Vaccination: A Test to Balance Societal and Individual Interests. *Journal of Clinical Ethics* 29/3 (2018) 206–216.
- BÄK: Orientierungshilfe der Bundesärztekammer zur Allokation medizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie im Falle eines Kapazitätsmangels (2020), in: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/BAEK_Allokationspapier_05052020.pdf [09.06.2021].
- Beauchamp, T.L./ Childress, J.F.: *Principles of Biomedical Ethics*. New York, NY: Oxford University Press ⁸2019.
- Berlinger, N./Wynia, M./Powell, T./Milliken, A./Khatri, P./Marouf, F./Ray, K./Crane, J.: Ethical Challenges in the Middle Tier of Covid-19 Vaccine Allocation: Guidance for Organizational Decision-Making (2021), in: <https://www.thehastingscenter.org/ethical-challenges-in-the-middle-tier-of-covid-19-vaccine-allocation/> [09.06.2021].
- Berlinger, N./Wynia, MK./Powell, T./Hester, DM./Milliken, A./Fabi, RE./Cohn, F./Guidry-Grimes, LK./Watson, JC./Bruce, L./Chuang, EJ./Oei, G./Abbott, J./Jenks, NP.: Ethical Framework for Health Care Institutions & Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to the Coronavirus Pandemic. *Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice* (2020), in: <https://www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19/> [09.06.2021].

- Bioethikkommission: Impfen – ethische Aspekte (2015), in: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:1b8fb237-fc34-450c-840f-58918c73154a/Impfen%20und%20ethische%20Aspekte.pdf> [07.06.2021].
- Bioethikkommission: Stellungnahme der Bioethikkommission zum Impfen (2019), in: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/bioethikkommission/pressemitteilungen-bioethik/stellungnahme-der-bioethikkommission-zum-impfen.html> [07.06.2021].
- Bioethikkommission: Empfehlung „Versorgung der Bevölkerung mit dem Influenza-Impfstoff in der Saison 2020/21“ (2020a), in: https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/bioethikkommission/pressemitteilungen-bioethik/empfehlung-versorgung-der-bevoelkerung-mit-dem-influenza-impfstoff-in-der-saison-2020_21.html [07.06.2021].
- Bioethikkommission: Ethische Fragen einer Impfung gegen COVID-19 (2020b), in: https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:d92558b8-c664-46a5-af86-d4f6994a9ec8/201127_StN_COVID_Impfstoff.pdf [30.11.2020].
- Bioethikkommission: Impfen gegen Erkrankungen, für die es zugelassene Impfstoffe gibt, in Zeiten der COVID-19-Pandemie (2020c), in: https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:97856399-b564-47ba-8d34-8a621b778d33/200622_Stellungnahme_COVID_Impfen_A4_BF.pdf [07.06.2021].
- Bioethikkommission: Tätigkeitsbericht der Bioethikkommission: Oktober 2019–Oktober 2020 (2020d), in: https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:991ff3ec-eba8-4d9a-98f2-fc673b4463c9/taetigkeitsbericht_bioethikkommission_2019-2020.pdf [09.06.2021].
- Bioethikkommission: Zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie (2020e), in: https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:772d37b0-3db9-4c8b-b4fe-e6dca7b1b8d3/200402_Covid_Bioethik.pdf [08.11.2020].
- Bioethikkommission: Impfung gegen COVID-19 als Berufsausübungserfordernis für die Gruppe der Pflege- und Gesundheitsberufe (2021a), in: https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:b777e891-d79e-4a9a-9cf0-943995263e06/Stellungnahme_Impfung_Gesundheitsberufe_052021.pdf [07.06.2021].
- Bioethikkommission: Rechtliche und ethische Fragen in Zusammenhang mit geimpften und genesenen Personen in der COVID-19-Pandemie (2021b), in: https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:ba1f33aa-9a50-4e4f-a7d0-2e58ef34c89/Stellungnahme_COVID_April_2021.pdf [07.06.2021].
- Bollyky, T.J./Bown, CP.: The Tragedy of Vaccine Nationalism, in: *Foreign Affairs* 99/5 (2020) 96–100.
- Brown, RCH./Savulescu, J./Williams, B./Wilkinson, D.: Passport to Freedom? Immunity Passports for COVID-19, in: *Journal of Medical Ethics* 46/10 (2020) 652–659. DOI: 10.1136/medethics-2020-106365.
- Childress, J.F.: *John Stuart Mill’s Legacy for Public Health Ethics*. In: Ders.: *Public Bioethics*. New York, NY: Oxford University Press 2020, 289–317.

- Childress, J.F./Faden, RR./Gaare, RD./Gostin, LO./Kahn, J./Bonnie, RJ./Kass, NE./Mastroianni, AC./Moreno, JD./Nieburg, P.: Public Health Ethics: Mapping the Terrain, in: *Journal of Law, Medicine & Ethics* 30/2 (2002) 170–178. DOI: 10.1111/j.1748 – 720X.2002.tb00384.x.
- Colgrove, J.: Immunization and Ethics: Beneficence, Coercion, Public Health, and the State, in: Mastroianni, AC./Kahn, JP./Kass, NE.: *Oxford Handbook of Public Health Ethics*. New York, NY: Oxford University Press 2019, 435–447.
- Council of Europe (2021): Protection of Human Rights and the “Vaccine Pass”, in: *Information Documents*, SG/Inf(2021)11, in: <https://rm.coe.int/0900001680a1-fac4> [06.06.2021].
- Czypionka, T./Reiss, M./Röhring, G.: Identifikation von Faktoren, die ex-ante zur Resilienz einer Volkswirtschaft gegen gesundheitlich ausgelöste wirtschaftliche Krisen beitragen – Teilaspekt Gesundheitssystem (2020), in: <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/5621> [09.06.2021].
- Dawson, A.: Vaccination Ethics, in: Ashcroft, RE./Dawson, A./Draper, H./McMillan, JR.: *Principles of Health Care Ethics*. Chichester, Wiley: 2007, 617–622.
- Day, RT./Guidry, BS./Drolet, BC./Clayton, EW.: From Ventilators to Vaccines: Reframing the Ethics of Resource Allocation, in: *American Journal of Bioethics* 20/7 (2020), W15–W16. DOI: 10.1080/15265161.2020.1782530.
- de Miguel Beriain, I./Rueda, J.: Immunity Passports, Fundamental Rights and Public Health Hazards: A Reply to Brown et al, in: *Journal of Medical Ethics* 46/10 (2020) 660–661. DOI: 10.1136/medethics-2020–106814.
- Deutscher Ethikrat: Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise: Ad-hoc-Empfehlung (2020), in: <https://www.ethikrat.org/mitteilungen/2020/solidaritaet-und-verantwortung-in-der-corona-krise/> [09.06.2021].
- DIVI: Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie Version 2 (2020), in: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/040-013.html> [09.06.2021].
- Duttge, G.: Patientenautonomie auch zur Vorbeugung gegen Infektionskrankheiten? Wieviel individuelle (Ir-)Rationalität kann sich ein gesamtgesellschaftlicher Gesundheitsschutz leisten?, in: Bernat, E./Grabenwarter, C./Kneihls, B.S. et al.: *Festschrift Christian Kopetzki*. Wien: Manz 2019, 129–140.
- Ehni, H.-J./Wiesing, U./Ranisch, R.: Entscheidungen unter akutem Ressourcenmangel: Europäische Triage-Empfehlungen in der COVID-19-Pandemie, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 66/4 (2020) 475–488. DOI: 10.14623/zfme.2020.4.475 – 488.
- Emanuel, EJ./Fabre, C./Halliday, D./Leland, R.J./Buchanan, A./Tan, K.-C./Chang, S.Y.: How Many Vaccine Doses Can Nations Ethically Hoard? (2021), in: <https://www.foreignaffairs.com/articles/world/2021-03-09/how-many-vaccine-doses-can-nations-ethically-hoard> [09.06.2021].
- Emanuel, EJ./Persad, G./Kern, A./Buchanan, A./Fabre, C./Halliday, D./Heath, J./Herzog, L./Leland, RJ./Lemango, ET./Luna, F./McCoy, MS./Norheim, OF./Ottersen, T./Schaefer, GO./Tan, K.-C./Wellman, CH./Wolff, J./Richardson, HS.: An Ethical Framework for Global Vaccine Allocation, in: *Science* 369/6509 (2020) 1309–1312. DOI: 10.1126/science.abe2803.

- FASIM: Allokationsethische Orientierungshilfe für den Einsatz knapper intensivmedizinischer Ressourcen (2020), in: https://www.intensivmedizin.at/sites/default/files/konsensus_fasim_allokation_intensiv_finale_fassung_text_11.11.2020.pdf [09.06.2021].
- Grimm, M.: Verpflichtende Impfung von Mitarbeitern im Gesundheitsbereich?, in: Aigner, G./Grimm, M./Kletečka-Pulker, M./Wiedermann-Schmidt, U.: Schutzimpfungen – Rechtliche, ethische und medizinische Aspekte. Wien: Verlag Österreich 2016, 85–108.
- Hack, C.: Ethikberatung und Covid-19: Brauchen wir mehr Ethik, mehr als Ethik oder mehr Ethiker?, in: Zeitschrift für Praktische Philosophie 7/2 (2020) 279-306. DOI: 10.22613/zfpp/7.2.12.
- Hall, MA./Studdert, DM.: “Vaccine Passport” Certification — Policy and Ethical Considerations, in: New England Journal of Medicine (2021). DOI: 10.1056/NEJMp2104289.
- Heilingner, J.-C./Thompson, A./Wild, V.: Public Health Ethics and Covid-19: The Ethical Dimensions of Public Health Decision-Making during a Pandemic (2020), in: https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Policy_Brief_Pandemic_Ethics_GeneralF.pdf [09.06.2021].
- Heissenberger, W.: Impfen in Österreich – Überlegungen zur Impfpflicht und Darstellungen de lege lata, in: Aigner, G./Grimm, M./Kletečka-Pulker, M./Wiedermann-Schmidt, U.: Schutzimpfungen – Rechtliche, ethische und medizinische Aspekte. Wien: Verlag Österreich 2016, 53–84.
- Horton, R.: Offline: A Global Health Crisis? No, Something Far Worse, in: Lancet 395/10234 (2020a) 1410. DOI: 10.1016/S0140–6736(20)31017–5.
- Horton, R.: Offline: COVID-19 Is Not a Pandemic, in: Lancet 396/10255 (2020b) 874. DOI: 10.1016/S0140–6736(20)32000–6.
- Hughes, MT./Kahn, J./Kachalia, A.: Who Goes First? Government Leaders and Prioritization of SARS-CoV-2 Vaccines, in: New England Journal of Medicine 384/5 (2021) e15(1–2). DOI: 10.1056/NEJMp2036128.
- Hurst, SA./Belsler, EM./Burton-Jeangros, C./Mahon, P./Hummel, C./Monteverde, S./Krones, T./Dagron, S./Bensimon, C./Schaffert, B./Trechsel, S./Chiapperino, L./Kloetzer, L./Zittoun, T./Jox, R.J./Fischer, M./Dalle Ave, AL./Kirchschläger, PG./Moon, S.: (2020a). Continued Confinement of Those Most Vulnerable to COVID-19, in: Kennedy Institute of Ethics Journal 30/3–4 (2020a) 401–118. DOI: 10.1353/ken.2020.0021.
- Hurst, SA./Fumeaux, T./Heise, A./Schaffert, B./Perrier, A./Rütsche, B./Krones, T./Gruberski, T./Ackermann, S./Salathé, M./Scheidegger, D.: Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit. Hinweise zur Umsetzung Kapitel 9.3 der SAMW-Richtlinien (2020b), in: https://www.samw.ch/dam/jcr:14cb0e53-eedb-4089-96dd-b49a1b388994/richtlinien_v3-1_samw_triage_intensivmedizinische_massnahmen_ressourcenknappheit_20201217.pdf [15.01.2021].

- Kaelin, L.: Impfen – Zwischen Autonomie und Gemeinwohl, in: Aigner, G./Grimm, M./Kletečková-Pulker, M./Wiedermann-Schmidt, U.: *Schutzimpfungen – Rechtliche, ethische und medizinische Aspekte*. Wien: Verlag Österreich (2016) 223–230.
- Kissler, A.: Ein Ethikrat ist nicht die alles entscheidende moralische Instanz (2020), in: <https://www.nzz.ch/meinung/ein-ethikrat-ist-nicht-die-alles-entscheidende-moralische-instanz-ld.1593272> [09.06.2021].
- Knochel, K./Kühlmeier, K./Richstein, K.-H./Rogge, A.: Psychische Belastungen von Gesundheitspersonal im Umgang mit moralischen Konflikten: Eine Handreichung für klinische Ethikberater*innen (2020), in: https://aem-online.de/fileadmin/user_upload/HandreichungPsychischeBelastungen2020-03-31.pdf [09.06.2021].
- Kofler, N./Baylis, FE.: Ten Reasons Why Immunity Passports Are a Bad Idea, in: *Nature* 581 (2020) 379–381. DOI: 10.1038/d41586–020–01451–0.
- Kopetzki, C.: Impfpflicht und Verfassung, in: *Recht der Medizin* 24/2 (2017) 45.
- Krasser, A.: Zur grundrechtlichen Zulässigkeit einer Impfpflicht, in: *Recht der Medizin* 27/4 (2020) 136–142.
- Kuczewski, MG.: Measure Twice and Cut Once: The Value of Health Care Ethicists in the Pandemic (2020), in: <https://www.thehastingscenter.org/measure-twice-and-cut-once-the-value-of-health-care-ethicists-in-the-pandemic/> [09.06.2021].
- Lancet: COVID-19: Remaking the Social Contract, in: *Lancet* 395/10234 (2020) 1401. DOI: 10.1016/S0140–6736(20)30983–1.
- Lane, HC./Fauci, AS.: Research in the Context of a Pandemic, in: *New England Journal of Medicine* 384/8 (2021) 755–757. DOI: 10.1056/NEJMe2024638.
- Leopoldina: Coronavirus-Pandemie: Medizinische Versorgung und patientennahe Forschung in einem adaptiven Gesundheitssystem (4. Ad-hoc Stellungnahme) (2020), in: https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2020_05_27_Stellungnahme_Corona_Gesundheitssystem.pdf [09.06.2021].
- Lübbe, W.: Orientierung in der Corona-Krise? Nicht mit Doppelbotschaften, in: *Medizinrecht* 38/6 (2020) 434–439. DOI: 10.1007/s00350–020–5557–4.
- Monrad, JT.: Ethical Considerations for Epidemic Vaccine Trials, in: *Journal of Medical Ethics* 46/7 (2020) 465–469. DOI: 10.1136/medethics-2020–106235.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine: *Framework for Equitable Allocation of COVID-19 Vaccine*. Washington, DC: National Academies Press 2020.
- Nature Editors: Preparing for the Vaccine, in: *Nature Biotechnology* 38/11 (2020) 1219. DOI: 10.1038/s41587–020–0743–5.
- Opolony, B.: Besuchsverbote in Pflegeeinrichtungen während der Corona-Pandemie. Infektionsschutz und Persönlichkeit, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 67/2 (2021) 219–232. DOI: 10.14623/zfme.2021.2.219 – 232.
- Persad, G./Emanuel, EJ.: The Ethics of COVID-19 Immunity-Based Licenses (“Immunity Passports”), in: *Journal of the American Medical Association* 323/22 (2020) 2241–2242. DOI: 10.1001/jama.2020.8102.

- Phelan, AL.: COVID-19 Immunity Passports and Vaccination Certificates: Scientific, Equitable, and Legal Challenges, in: *Lancet* 395/10237 (2020) 1595–1598. DOI: 10.1016/S0140–6736(20)31034–5.
- Ravitsky, V./Weinstock, D.: Are Immunity Licenses Just?, in: *American Journal of Bioethics* 20/7 (2020) 172–174. DOI: 10.1080/15265161.2020.1779408.
- Rawls, J.: *Gerechtigkeit als Fairness: Ein Neuentwurf*. Frankfurt am Main: Suhrkamp 2003.
- Rixen, S.: Zwang in Samthandschuhen: Die Masernimpfpflicht, in: Katzenmeier, C.: *Festschrift für Dieter Hart*. Berlin: Springer 2020, 483–499.
- Rogge, A./Naeve-Nydahl, M./Nydahl, P./Rave, F./Knochel, K./Woellert, K./Schmalz, C.: Ethische Entscheidungsempfehlungen zu Besuchsregelungen im Krankenhaus während der COVID-19-Pandemie, in: *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* 116/5 (2021) 415–420. DOI: 10.1007/s00063–021–00805–4.
- Rosenbaum, L.: Escaping Catch-22 — Overcoming Covid Vaccine Hesitancy, in: *New England Journal of Medicine* 384/14 (2021) 1367–1371. DOI: 10.1056/NEJMms2101220.
- Rosner, S.: Warum zur Eindämmung des Virus Wissen nicht reicht (2021), in: <https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/politik/oesterreich/2094982-Warum-zur-Eindaemmung-des-Virus-Wissen-nicht-reicht.html> [09.06.2021].
- Sandhofer, MJ./Robak, O./Frank, H./Kulnig, J.: Vaccine Hesitancy in Austria, in: *Wiener klinische Wochenschrift* 129/1 (2017) 59–64. DOI: 10.1007/s00508–016–1062–1.
- Schaks, N./Krahmert, S.: Die Einführung einer Impfpflicht zur Bekämpfung der Masern: Eine zulässige staatliche Handlungsoption, in: *Medizinrecht* 33/12 (2015) 860-866. DOI: 10.1007/s00350–015–4151–7.
- Schmidt, H.: Vaccine Rationing and the Urgency of Social Justice in the Covid-19 Response, in: *Hastings Center Report* 50/3 (2020) 46–49. DOI: 10.1002/hast.1113.
- Schröder-Bäck, P./Wild, V./Heilinger, J-C.: (2020). Vaccination Policy: Ethical Perspectives on a Future Vaccination Program against COVID-19 in Germany, in: https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Policy-Brief_vaccination_2020_final-1.pdf [09.06.2021].
- Shachar, C.: Bioethics: What Is It Good for? COVID-19 Vaccine Allocation Plans and Realities (2021), in: <https://blog.petrieflom.law.harvard.edu/2021/01/26/bioethics-what-is-it-good-for-covid-19-vaccine-allocation-plans-and-realities/> [09.06.2021].
- Simon, A./Zang, C.: Herausforderungen und Chancen für die Arbeit der Akademie für Ethik in der Medizin angesichts der COVID-19-Pandemie, in: *Ethik in der Medizin* 32/2 (2020) 121–124. DOI: 10.1007/s00481–020–00584–0.
- Trad, NK./Wharam, JF./Druss, B.: Addressing Loneliness in the Era of COVID-19, in: *JAMA Health Forum* 1/6 (2020) e200631. DOI: 10.1001/jamahealthforum.2020.0631.

- Usher, AD.: COVID-19 Vaccines for All?, in: *Lancet* 395/10240 (2020) 1822–1823. DOI: 10.1016/S0140–6736(20)31354–4.
- Wallner, J.: *Rechtsethik in der Medizin: Wie komme ich zu einem gut begründeten Urteil?* Wien: Manz 2018.
- Wiedermann-Schmidt, U.: Impfen aus Sicht der öffentlichen Gesundheit, in: Aigner, G./Grimm, M./Kletečka-Pulker, M./Wiedermann-Schmidt, U.: *Schutzimpfungen – Rechtliche, ethische und medizinische Aspekte*. Wien: Verlag Österreich 2016, 1–5.
- Williams, JH./Dawson, A.: Prioritising Access to Pandemic Influenza Vaccine: A Review of the Ethics Literature, in: *BMC Medical Ethics* 21/40 (2020) 1–8. DOI: 10.1186/s12910–020–00477–3.
- Wünsch-Brandner I./Grandl-Eder K.: Gesetzlich verpflichtende Impfungen für das Personal in Krankenanstalten, in: *Journal für Medizin- und Gesundheitsrecht* 4/2 (2019) 81–86.

Die Impfung gegen COVID-19 in Italien. Ethische und rechtliche Aspekte

Martin M. Lintner

Italien gehörte zu Beginn der *Corona-Pandemie* nicht nur in Europa, sondern weltweit zu den am stärksten von der Lungenkrankheit Covid-19 betroffenen Ländern.¹ Bis zum 7. Juni 2021 wurden auf nationaler Ebene insgesamt 4.233.698 Infektionen und 126.588 Todesopfer gezählt², was einer Todesrate von 2.093 pro Million Einwohner entspricht³. Die statistische Kurve zeigt drei Höhepunkte von täglichen Todesfällen auf: Ende März/Anfang April 2020 mit 13,47, Ende November/Anfang Dezember 2020 mit 12,26 und – bereits deutlich niedriger – Mitte April 2021 mit 7,89 Todesfällen pro Million Einwohner. Am 7. Juni 2021 wurden 65 Personen (1,07 pro Million Einwohner) verzeichnet, die am bzw. mit dem SARS-CoV-2-Virus verstorben sind.

1. Die nationale Impfstrategie des Gesundheitsministeriums (1)

Die wichtigste Maßnahme zur Überwindung der Covid-19-Pandemie stellt die nationale Impfstrategie dar. Die ersten Impfungen gegen das SARS-CoV-2 wurden in Italien am 27. Dezember 2020 im römischen Krankenhaus Spallanzani verabreicht. Die gesetzliche Grundlage bildete das Dokument „Elemente zur Vorbereitung der Impfstrategie“, das vom italienischen Gesundheitsministerium am 2. Dezember 2020 vorgelegt und vom Parlament per Dekret am 2. Jänner 2021 erlassen worden ist.⁴ Zusammen

1 Siehe dazu Lintner: Das Triage-Problem in Italien während der COVID-19-Pandemie. Der vorliegende Artikel knüpft stilistisch und methodologisch an diesen Beitrag an, indem die Thematik vorwiegend dokumentarisch dargestellt und analysiert wird.

2 Vgl. Johns Hopkins University, COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) [Stand: 09.06.2021].

3 Vgl. Our World in Data, Statistics and Research. Coronavirus (COVID-19) Deaths [Stand: 09.06.2021].

4 Ministero della Salute u. a., Vaccinazione Anti SARS-CoV-2/COVID-19. Piano strategico.

mit den „Empfehlungen *ad interim* zu Zielgruppen für die Impfung gegen SARS-CoV-2/COVID-19“⁵ vom 10. März 2021, worin die zu impfenden Bevölkerungsgruppen und die Prioritäten aktualisiert wurden, bildete es die am 12. März 2021 per Dekret verabschiedete nationale Impfstrategie⁶, auf die weiter unten noch detaillierter eingegangen wird.

2. Die Stellungnahmen des Nationalen Komitees für Bioethik

2.1 Stellungnahme über ethische Aspekte bezüglich der Erforschung, der Herstellung, der Kosten und der Verteilung von Covid-19-Impfstoffen (27.11.2020)

Bereits am 27. November 2020 veröffentlichte das Nationale Komitee für Bioethik eine Stellungnahme über ethische Aspekte bezüglich Erforschung, Herstellung, Kosten und Verteilung von Covid-19-Impfstoffen.⁷ Dabei wird zunächst betont, dass aufgrund der damaligen noch ungewissen Kenntnisse über das Virus auf wissenschaftlicher und epidemiologischer Ebene die Erforschung und Herstellung von Impfstoffen mit besonderer Sorgfalt erfolgen müssen. Die weiterhin herrschende Notsituation dürfe nicht dazu führen, die auf wissenschaftlicher, bioethischer und biojuristischer Ebene nötigen Zeitabläufe für Untersuchungen und klinische Versuche zu umgehen, vielmehr müsse die Qualität der Studien und der Schutz der teilnehmenden Personen gewährleistet werden. Ein weiterer Aspekt der Stellungnahme betrifft die gerechte Verteilung der Impfstoffe auf nationaler und internationaler Ebene. Die Impfstoffe werden als *Allgemeingut* bezeichnet. Gefordert wird, dass die Pharmaunternehmen ihre soziale Verantwortung wahrnehmen und internationale Abkommen eine gerechte globale Verteilung der Impfstoffe garantieren. Thematisiert wird die Problematik von Patentrechten: Sie zu früh aufzuheben würde die Forschung und Entwicklung von Impfstoffen bremsen, andererseits können Patentrechte eine gerechte Verteilung des Impfstoffs behindern. Jedenfalls fordert das Komitee, dass die Politik Produktion und Vertrieb, die nicht allein durch Marktgesetze geregelt werden dürfen, steuern soll. Wie kaum je

5 Ministero della Salute u. a., Vaccinazione Anti SARS-CoV-2/COVID-19. Raccomandazioni *ad interim*.

6 Vgl. Ministero della Salute, Piano vaccini anti COVID-19.

7 Vgl. Comitato nazionale di Bioetica, I vaccini e COVID-19.

zuvor habe die Erforschung und Herstellung von Covid-19-Impfstoffen nicht nur eine pharmazeutische, sondern auch eine politische Bedeutung:

Wer sie zuerst produziert, kann damit seine wissenschaftliche und technologische Kompetenz behaupten und demonstrieren in der Lage zu sein, zuerst die Bewohner der eigenen Nation und dann jene verbündeter Länder zu schützen. Der wirtschaftliche wird so auch zum politischen Wettbewerb und zum Maß von Macht.⁸

Gefordert werden schließlich auch ethische Kriterien zur Verteilung der Impfstoffe sowie eine Festlegung der Prioritäten bestimmter Personengruppen anhand von transparent kommunizierten Kriterien, die auf der Grundlage neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse über den Impfstoff, der Menge der verfügbaren Dosen und der jeweils aktuellen Infektionslage je neu aktualisiert werden müssen. Mit Verweis auf die ethische Stellungnahme des Komitees über Triage in einer pandemischen Notsituation und bei klinischem Ressourcenmangel⁹ werden als die drei grundlegenden Kriterien genannt:

der allgemeine moralische, deontologische und rechtliche Grundsatz der gleichen Würde jedes Menschen, die Vermeidung jeglicher Diskriminierung sowie der integrative Grundsatz der Gerechtigkeit, [...] der bei ungleichen Ausgangsbedingungen eine substantielle Gleichheit unter Berücksichtigung der Schutzbedürftigkeit für spezifische Bedürfnisse garantiert¹⁰.

Grundsätzlich empfiehlt das Komitee folgende Priorisierung:

Menschen, die bei der Durchführung ihrer Arbeit direkt in Kontakt mit Covid-19-Patienten kommen, und zwar mit direkten und indirekten Risiken (Ärzte, Krankenschwestern, Gesundheitspersonal, Hilfspersonal, Krankenwagenfahrer, Forscher, etc.); Personen, die für die Aufrechterhaltung wesentlicher Dienste von öffentlichem Nutzen unentbehrlich und für die Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung und der sozialen Funktionsfähigkeit notwendig sind (Armee, Polizei, Transportwesen, Lehrer, Lebensmittellieferanten, Unternehmer usw.); ältere Menschen sowie Erwachsene und Minderjährige mit schwerwiegenden Gefährdungen und mit einem erhöhten Risiko einer vorher-

8 Ebd., 6 (Übersetzung hier und folgend durch den Verf.).

9 Vgl. Comitato nazionale di Bioetica, COVID-19 – La decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del „triage in emergenza pandemica“.

10 Comitato nazionale di Bioetica, I vaccini e COVID-19, 9.

sehbarer Verschlechterung ihres Gesundheitszustands im Falle einer SARS-Cov-2-Infektion.¹¹

Das Komitee erachtet es als notwendig, dass alle Anstrengungen unternommen werden, um eine optimale Durchimpfungsrate von 60–70 Prozent der Bevölkerung zu erreichen und aufrechtzuerhalten. Ausdrücklich betont wird das Prinzip der Freiwilligkeit der Impfung sowie der informierten Zustimmung bzw. des Abwehrrechts. Um die Impfbereitschaft zu fördern, wird eine gezielte transparente und multidisziplinäre Kommunikationsstrategie eingemahnt, die auf Evidenzen und aktuellen wissenschaftlichen Fakten basiert und zugleich Fehl- und Desinformationen entgegentritt. Für den Fall einer anhaltenden pandemischen Notsituation wird, mit Verweis auf die negativen sozialen und wirtschaftlichen Folgen von langfristigen Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie einerseits und auf den individuellen wie kollektiven gesundheitlichen Schutz andererseits, eine Impfpflicht für Berufsgruppen, die einem erhöhten Risiko der Infektion und Übertragung von Viren ausgesetzt sind, ausdrücklich empfohlen. Die Impfpflicht dürfe jedoch nur so lange gelten wie die pandemische Notsituation anhält.¹²

2.2. Motion über die Dringlichkeit der Impfung (12. März 2021)

Am gleichen Tag, an dem das Parlament die „Empfehlungen *ad interim* zu Zielgruppen für die Impfung gegen SARS-CoV-2/COVID-19“ als Dekret erlassen hat, meldete sich das nationale Bioethikkomitee mit einer Motion über bioethische Aspekte der Dringlichkeit der Covid-19-Impfung zu Wort.¹³ Betont wird erneut das ethische Erfordernis, dass die nationale Impfstrategie die Zugangsgerechtigkeit garantiert und Ungleichheiten bei der Verteilung von Impfstoffen vermeidet, mit besonderem Augenmerk auf diejenigen, die aus medizinischen und sozialen Gründen besonders gefährdet sind (ältere oder kranke Menschen mit schwerer Gebrechlichkeit, Menschen in wirtschaftlich-sozialer Notlage). Die entsprechende Krieteriologie müsse auf nationaler Ebene nach einheitlichen und eindeutigen Kriterien angewandt werden, um Gerechtigkeit und Fairness in den verschiedenen Regionen zu gewährleisten. Eingemahnt wird zudem eine höhere

11 Comitato nazionale di Bioetica, I vaccini e COVID-19, 10, Fußnote 18.

12 Ebd., 11–12.

13 Vgl. Comitato nazionale di Bioetica, Mozione – Urgenza vaccinale, aspetti bioetici.

Effizienz und bessere Organisation der Verteilung der Impfstoffe, die zu langsam und in den verschiedenen Regionen zu unterschiedlich erfolge. Die Gerechtigkeit verlange auch, dass auf nationaler Ebene die pharmazeutischen Ressourcen zur Produktion und zum Vertrieb von Covid-19-Impfstoffen erhöht werden. Schließlich betont das Komitee die Dringlichkeit, unter Wahrung der Privatsphäre der Bürger und Bürgerinnen, all jene Daten zu veröffentlichen, die zur Erfassung des Standes der Pandemie sowie zu ihrer Überwindung notwendig sind.

Erwähnenswert ist zudem die Fußnote, in der das Komitee auf die wichtige Rolle der täglichen Information durch die Massenmedien hinweist. Es kündigt an, zu diesem Thema eine eigene Stellungnahme zu erarbeiten.¹⁴ Dies spiegelt die auch in Italien grassierende Problematik von Des- und Falschinformationen nicht nur zum Corona-Virus, sondern besonders auch über die Herstellung und Wirkung der Impfstoffe gegen Covid-19 wider.

2.3. Stellungnahme zum ‚Covid-19-Impfpass‘

Am 30. April 2021 veröffentlichte das Komitee eine Stellungnahme zum geplanten *Covid-19-Impfpass*, d. h. eines Zertifikats zum Nachweis einer Impfung, einer Genesung von Covid-19 oder eines Antigen- bzw. PCR-Tests.¹⁵ Begrüßt wird dessen Zielsetzung, nämlich so bald wie möglich die Freiheitseinschränkungen zu lockern und gleichzeitig die Infektionsrate einzudämmen, damit soziale, wirtschaftliche, kulturelle, religiöse und andere Aktivitäten wieder aufgenommen werden können. Kritisch wird auf die Gefahr hingewiesen, dass ein gemeinsames Zertifikat nicht genüge, um die unterschiedliche Aussagekraft von Impfung, Genesung oder eines Antigen- bzw. PCR-Tests in Bezug auf Effizienz und Dauer des Schutzes vor Ansteckung zu dokumentieren. Das Komitee gibt weiters mögliche soziale Spannungen hinsichtlich einer Ungleichbehandlung zwischen denen, die sich impfen lassen konnten, und denen, die sich trotz Impfwilligkeit aufgrund der Knappheit von Impfstoffen noch nicht impfen lassen konnten, zu bedenken, ebenso eine mögliche Heterogenität bei der Anwendung der Bescheinigungen und das psychologische Risiko eines falschen Sicherheits-

14 Vgl. ebd., 6, Fußnote 15. Bis Abschluss des vorliegenden Manuskripts wurde die Stellungnahme noch nicht veröffentlicht.

15 Comitato nazionale di Bioetica, Passaporto, patentino, green pass nell'ambito della pandemia Covid-19: aspetti bioetici.

gefühls. Es wird auch die Gefahr thematisiert, dass es sich um einen Präzedenzfall für eine künftige dauerhafte Verwendung eines *biologischen Passes* handeln könnte. Als Vorteile des Zertifikats werden genannt: ein erforderliches Entgegenkommen gegenüber jenen, die sich in Mitverantwortung geimpft haben und die Risiken einer Impfung auf sich genommen haben; ein Anreiz, dass ‚zögerliche‘ Impfwillige sich eher impfen lassen; eine größere Bewegungsfreiheit bei gleichzeitiger strikter Beachtung der Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit. Solange nicht für alle Impfbereiten Impfstoffe zur Verfügung stehen, werden schließlich kostenlose serologische Tests oder Abstriche, eine umfassende und verständliche Informationskampagne über Möglichkeiten und Grenzen, eine Regelung durch ein Landesgesetz sowie die zeitliche Befristung dieser Maßnahme empfohlen. Eingemahnt wird der Schutz von spezifischen gesundheitsbezogenen Daten.

3. Die vatikanische Position zu den COVID-19-Impfungen

Nachdem bekannt geworden war, dass für die Herstellung (z. B. von AstraZeneca und Johnson & Johnson) sowie bei der Testung (z. B. von Moderna und BioNTech-Pfizer) von Covid-19-Impfstoffen Zelllinien verwendet werden, die nach Abtreibungen aus embryonalen Zellen gewonnen worden sind¹⁶, wurden weltweit die ethische Zulässigkeit dieser Herstellung und die moralische Erlaubnis, solche Impfstoffe zu erhalten, diskutiert. Konkret handelt es sich um Zellen aus fetalem Gewebe, das aus Föten nach deren Abtreibung zwischen 1960 und 1985 isoliert und im Labor weitergezüchtet wurde. Zwei Zelllinien (WI-38 und MRC5) werden zur Herstellung von Impfstoffen aus lebenden, abgeschwächten Viren (d. h. Aktiv-Impfstoffen) verwendet, eine dritte Zelllinie (HEK-293) kommt in bestimmten Phasen der Entwicklung von einigen Impfstoffen zur Anwendung.¹⁷ Bereits seit den 1990er Jahren werden fetale Zelllinien bei der Her-

16 Vgl. Wadman, Abortion opponents protest COVID-19 vaccines' use of fetal cells; Prentice, COVID-19 Vaccine Candidates and Abortion-Derived Cell Lines; letztere Publikation auf der Webseite des Charlotte-Lozier-Instituts aktualisiert laufend die Liste der Impfstoffe und der Projektphasen, in denen embryonale Zelllinien verwendet werden.

17 Vgl. Kummer, Covid-19-Impfstoffe: Ethische Stellungnahme zu Fragen der Herstellung; IMABE, COVID-19-Impfstoffe: Vatikan hält Einsatz für „moralisch akzeptabel“.

stellung von Impfstoffen gegen Masern-Mumps-Röteln, Tollwut, Windpocken und Hepatitis A verwendet.

3.1 Stellungnahme der ‚Päpstlichen Akademie für das Leben‘ zur Verwendung von embryonalen Zelllinien bei der Herstellung von Impfstoffen (2005)

Die Frage nach der ethischen Beurteilung der Verwendung von Zelllinien aus embryonalen Zellen bei der Produktion von Impfstoffen wurde bereits vor vielen Jahren seitens katholischer Lebensschutzbewegungen auch an den Vatikan herangetragen. 2005 hat die *Päpstliche Akademie für das Leben* zum ersten Mal eine diesbezügliche Stellungnahme veröffentlicht.¹⁸ Die Akademie argumentiert, dass die Verwendung dieser Zelllinien aus ethischer Perspektive problematisch ist und dass daher die Pflicht besteht, nach alternativen Herstellungsmethoden zu suchen oder alternative Impfstoffe zu verwenden. Im Falle einer Notlage, in der aus zeitlichen Gründen alternative Herstellungsmethoden nicht möglich sind oder alternative Impfstoffe nicht zur Verfügung stehen, erachtet sie die Verwendung von embryonalen Zelllinien sowie den Gebrauch dieser Impfstoffe jedoch für ethisch zulässig. Betont wird allerdings, dass dies keine Zustimmung zur bereits erfolgten Abtreibung bedeutet. Entsprechend der traditionellen Lehre der *cooperatio ad malum* (Mitwirkung am Bösen bzw. an unrechten Handlungen)¹⁹ wird daher differenziert zwischen der formalen Mitwirkung im Sinne von inhaltlicher Zustimmung und der materiellen Mitwirkung, die in diesem Fall als lediglich mittelbar und entfernt anzusehen sei, da die Abtreibungen zeitlich lange zurückliegen und keine unmittelbare Mitwirkung an der Abtreibung vorliegt. Bei mangelnden Alternativen ist die Verwendung bereits vorhandener embryonaler Zelllinien, für deren Gewinnung eine Abtreibung nicht eigens durchgeführt worden ist, ethisch zulässig, sofern dies keine inhaltliche Zustimmung zur Abtreibung beinhaltet. Abschließend betont die Akademie, dass die Verweigerung eines solchen Impfstoffes aus Gewissensgründen zu respektieren sei.

18 Vgl. Päpstliche Akademie für das Leben, Moralische Überlegungen zu Impfstoffen, für deren Produktion Zellen von abgetriebenen Föten verwendet werden.

19 Siehe dazu: Rosenberger/Schaupp (Hg.), Ein Pakt mit dem Bösen?

3.2 Die Positionierung der Kongregation für die Glaubenslehre (2008)

Auf die Thematik ging auch die Glaubenskongregation in einer Instruktion über einige Fragen der Bioethik aus dem Jahr 2008 ein.²⁰ Sie argumentiert zusätzlich zum bereits genannten Prinzip der *cooperatio ad malum* auch mit den zu berücksichtigenden „differenzierten Verantwortlichkeiten“²¹. Eltern sind verantwortlich dafür, ihre Kinder aus gesundheitlichen Gründen impfen zu lassen, während jene, die die Impfstoffe herstellen, verantwortlich sind, sie auf ethisch akzeptable Weise herzustellen. Auch bei der Produktion tragen jene, die keine Entscheidungsvollmacht haben, nicht dieselbe Verantwortung wie jene, die über die Ausrichtung und Methoden der Produktion entscheiden.

3.3 Die Stellungnahme der ‚Päpstlichen Akademie für das Leben‘ zur Impfpflicht (2017)

2017 veröffentlichte die *Päpstliche Akademie für das Leben* ein weiteres Dokument zu den Kinderimpfungen in Italien.²² Darin werden einerseits die Impfungen als medizinische Errungenschaften gewürdigt und andererseits die abnehmende Impfungsrate in Italien, besonders gegen Masern und Röteln, beklagt. Erneut wird auf die Problematik eingegangen, dass bei Impfstoffen gegen Röteln, Windpocken, Kinderlähmung und Hepatitis A embryonale Zelllinien verwendet werden, die jedoch nicht aus aktuellen Abtreibungen gewonnen werden. Die verwendeten Zelllinien seien „sehr weit von den ursprünglichen Abtreibungen entfernt und implizieren nicht mehr jene Verbindung der moralischen Kooperation, die für eine ethisch negative Bewertung ihrer Verwendung unerlässlich“²³ sei. Trotz der grundsätzlichen ethischen Verpflichtung zur Herstellung von Impfstoffen ohne Verwendung von Stoffen abortiven Ursprungs, bekräftigt die Akademie aufgrund der fehlenden moralisch relevanten Kooperation mit den früheren Abtreibungen die „sittliche Verantwortung für das Impfen, um keine ernsthaften Gesundheitsrisiken für Kinder und die Bevölkerung insgesamt einzugehen“²⁴.

20 Vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, Instruktion *Dignitas Personae* über einige Fragen der Bioethik (08.12.2008).

21 Vgl. ebd., Nr. 34–35.

22 Vgl. Pontificia Accademia per la Vita, Nota circa l'uso dei vaccini.

23 Ebd.

24 Ebd.

3.4 Die Stellungnahme der Kongregation für die Glaubenslehre zur Herstellung und Verwendung von Covid-19-Impfstoffen (2020)

Im Zusammenhang mit der Herstellung und Verabreichung von Covid-19-Impfstoffen veröffentlichte die Glaubenskongregation am 21. Dezember 2020 eine entsprechende Note²⁵ – mutmaßlich wiederum als Reaktion auf Anfragen US-amerikanischer Lebensschutzgruppen, die den Vatikan dazu drängen wollten, die bisherigen Stellungnahmen zu revidieren. Entgegen dieser Erwartungen bekräftigte der Vatikan seine Position. Wiederholt werden die Argumente der ethisch relevanten Differenzierung unterschiedlicher Formen der Mitwirkung sowie unterschiedlicher Verantwortlichkeiten. Unbeschadet der Verpflichtung, „ethisch vertretbare Impfstoffe herzustellen, zu genehmigen, zu verteilen und anzubieten, die weder dem medizinischen Personal noch den zu Impfenden selbst Gewissensprobleme verursachen“²⁶, ist es – so die Glaubenskongregation – „sittlich erlaubt, Impfungen gegen Covid-19 zu empfangen, die in ihrer Entwicklung und Herstellung Zelllinien von abgetriebenen Föten verwendet haben“²⁷. Die Glaubenskongregation geht schließlich auch auf die Frage der ethischen Pflicht zur Impfung ein. Sie betont, dass „die Sittlichkeit der Impfung jedenfalls nicht nur von der Pflicht zur Bewahrung der eigenen Gesundheit abhängt, sondern auch von der Pflicht, das Gemeinwohl zu verfolgen“²⁸. Auch wenn

in der Regel die Impfung keine moralische Pflicht darstellt [...], kann die Impfung empfohlen sein, vor allem, um die Schwächsten und am meisten Gefährdeten zu schützen. Jene aber, die aus Gewissensgründen Impfstoffe, die aus von abgetriebenen Föten stammenden Zelllinien hergestellt worden sind, ablehnen, müssen sich bemühen, durch andere prophylaktische Mittel und angemessenes Verhalten zu vermeiden, dass sie selbst Überträger des ansteckenden Erregers werden. Insbesondere müssen sie jegliches Risiko für die Gesundheit jener vermeiden, die aus medizinischen oder anderen Gründen nicht geimpft werden können und am gefährdetsten sind.²⁹

25 Vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, Note über die Moralität des Gebrauchs einiger Impfungen gegen Covid-19 (21.12.2020).

26 Ebd., Nr. 4.

27 Ebd., Nr. 2.

28 Ebd., Nr. 5.

29 Ebd.

Trotz dieser Klarstellungen seitens des Vatikans wurde von Impfgegnern weiterhin behauptet, der Gebrauch von Impfstoffen, für deren Herstellung oder Testung abortive Zelllinien verwendet werden, sei aus ethischer Sicht grundsätzlich abzulehnen und würde der katholischen Lehre widersprechen. In den sozialen Medien kursierten sogar Videos, in denen behauptet wurde, Papst Franziskus, der zur Impfung aufgerufen hat und sich auch selbst hat impfen lassen, habe sich die Tatstrafe der Exkommunikation, d. h. des Ausschlusses aus der kirchlichen Gemeinschaft, zugezogen.³⁰

4. Die ethische Stellungnahme der Arbeitsgruppe des ISS bei der Testung von Covid-19-Impfstoffen

Im Februar 2021 veröffentlichte eine Arbeitsgruppe des Höheren Instituts für Gesundheit (Istituto Superiore di Sanità – ISS) des nationalen Gesundheitsdienstes eine ethische Stellungnahme zur klinischen Testung von Covid-19-Impfstoffen.³¹ Anlass der Stellungnahme bildete der Umstand, dass aufgrund der dringlichen Nachfrage nach einer großflächigen Verfügbarkeit von Impfstoffen der Zeitrahmen von klinischen Studien verkürzt worden war. Die Arbeitsgruppe betonte die ethische Notwendigkeit, einerseits Verzögerungen bei den Genehmigungsverfahren zu vermeiden, andererseits aber die Anforderungen der wissenschaftlichen Methodik bei klinischen Studien nicht aufzugeben. Auch in einer pandemischen Not-situation, die einer sorgfältigen Abwägung zwischen beiden Aspekten bedarf, dürfen die allgemeinen ethischen und wissenschaftlichen Kriterien für klinische Studien nicht aufgeweicht werden. Als besonders kritisch wird der Einsatz von Placebos beurteilt, da Placebos generell nicht verwendet werden sollten, wenn ein bereits wirksames Produkt verfügbar ist.

Bereits im Dezember 2020 hatte der Virologe und Immunologe Roberto Burioni Covid-19-Impfstoff-Studien mit dem Einsatz von Placebos aus ethischer Sicht abgelehnt.³² Zwar verteidigte er grundsätzlich placebo-

30 Abtreibung gilt in der katholischen Kirche als vorsätzliche Tötung eines unschuldigen Menschen und somit als schwere sittliche Verfehlung, die mit der schwersten Strafe, dem Kirchenbann, belegt wird (vgl. Codex Iuris Canonici [1983], § 1398). Auch die formelle Mitwirkung, d. h. die Zustimmung oder Mitwirkung, wird mit dieser Strafe belegt (vgl. Katechismus der Katholischen Kirche [2003], Nr. 2272).

31 Vgl. Istituto Superiore di Sanità (ISS), Gruppo di lavoro “Bioetica COVID-19”, Aspetti di etica nella sperimentazione di vaccini anti-COVID-19.

32 Vgl. Burioni, Coronavirus: l’efficacia del vaccino pone un dilemma etico.

kontrollierte, doppelblinde klinische Studien zur Untersuchung der therapeutischen Wirksamkeit sowie von Neben- und Folgewirkungen von Medikamenten. Da erste Studien jedoch eine hohe Wirksamkeit der Covid-19-Impfstoffe erwiesen hätten, würde dies bedeuten, dass die ‚Placebo-Gimpften‘ für den Zeitraum der Studie dem Risiko einer Infektion ausgesetzt werden, die mit einer richtigen Impfung verhindert werden könnte. Der Verzicht auf ‚Schein-Impfungen‘ wiederum würde die längerfristigen Studien über die Wirksamkeit und Sicherheit der Impfstoffe beeinträchtigen. Burioni regte eine gesellschaftliche Debatte über diese Frage an: Personen nicht impfen und sie einem nicht unerheblichen persönlichen Risiko aussetzen, um mehr Informationen über die Sicherheit dieser neuen Impfstoffe zu erhalten, oder sie impfen, um ihre Gesundheit zu schützen, während man auf die Informationen über die Sicherheit der Impfstoffe verzichtet? Dies sei – im Unterschied zur öffentlich breit diskutierten Frage, ob die Bürger das Recht haben, sich aus Unwissenheit und Egoismus nicht zu impfen und sich selbst und die gesamte Gemeinschaft in Gefahr zu bringen – eine ernsthafte Frage.

Als ethisch nicht akzeptabel lehnt die Arbeitsgruppe des ISS bei den klinischen Versuchen von Covid-19-Impfstoffen auch die sogenannten *Challenge-Studien* ab, d. h. absichtliche Infektionen von teilnehmenden gesunden Probanden, und zwar aufgrund des nicht vorhersehbaren, möglicherweise schweren bis tödlichen Verlaufs der Erkrankung. In Bezug auf die Durchführung und den Abschluss von klinischen Studien wird verlangt, dass sie in enger Korrelation mit dem Inzidenzfaktor der Infektionen organisiert werden sollen. Von einer schnellen bzw. kürzeren Studie kann nämlich eine größere Anzahl von Patienten profitieren, die kurzfristig ein hohes Risiko haben, sich zu infizieren, wobei das Risiko längerfristig aufgrund der zu erwartenden sinkenden epidemiologischen Kurve abnehmen wird. Die Arbeitsgruppe betonte zudem das ethische Erfordernis, die Bevölkerung in einfacher Sprache transparent und klar darüber zu informieren, was realistisch von den Impfstoffen in Bezug auf Wirksamkeit und Sicherheit erwartet werden kann, einschließlich möglicher Nebenwirkungen und unerwarteter Effekte. Ansonsten sei die Gefahr gegeben, dass bereits weit verbreitete Gefühle des Misstrauens geschürt und die Impfskepsis vergrößert werden.

5. Die Haltung zur Covid-19-Impfung in der Bevölkerung am Beispiel von Südtirol

Am Beispiel von Südtirol, wo das Landesstatistikamt ASTAT im Jänner sowie im März-April 2021 zwei Stichprobenerhebungen mit geschichteter Wahrscheinlichkeitsstichprobe durchführte, soll die Einstellung der Bevölkerung zur Covid-19-Impfung aufgezeigt werden.³³ In der Umfrage von März-April erklärte eine von sechs Personen, sich nicht impfen zu lassen, das entspricht ca. 16 Prozent der Gesamtbevölkerung.³⁴ Als Gründe wurden angegeben (Mehrfachnennungen waren möglich):

- „Weil ich befürchte, dass ich durch die Impfung infiziert werde oder Nebenwirkungen auftreten“: 66 Prozent
- „Weil ich nicht an die Wirkung der Impfung glaube“: 51 Prozent
- „Weil ich den Behörden hinsichtlich meiner persönlichen Daten nicht vertraue“: 13 Prozent
- „Weil ich glaube, dass die Impfung schmerzhaft ist“: 6 Prozent
- „Weil ich nicht an die Existenz von COVID-19 glaube“: 5 Prozent

57 Prozent der Befragten äußerten Bedenken in Bezug auf die Ungewissheit über Langzeitfolgen, 36 Prozent befürchteten mögliche soziale Probleme bei der Diskussion um Impfprioritäten, 22 Prozent hingegen waren der Überzeugung, dass die Impfkampagne lediglich dem Profit der Pharmaindustrie diene, 16 Prozent (also der Anteil an Personen, die sich nicht impfen lassen wollten) hielten die Impfungen für unwirksam und 15 Prozent der Befragten hielten sie für nicht notwendig, da sie darauf hofften, dass die Herdenimmunität auch auf natürlichem Wege erreicht werden kann.³⁵

Das Erleben der Gefährdung durch die Pandemie hat sich auch auf die Einstellung zur Impfpflicht ausgewirkt: 19 Prozent gaben an, dass sie aufgrund der Erfahrung der Pandemie eine Impfpflicht im Unterschied zu vorher mehr, 7 Prozent hingegen weniger befürworten würden. 74 Prozent antworteten, dass die Pandemie ihre Einstellung zur Impfpflicht nicht verändert habe.³⁶

Untersucht wurden schließlich auch die Korrelationen mit psychologischen Eigenschaften bei Impfgegnern: „Vor allem ein verschwörerisches Weltbild senkt die Befürwortung von Impfungen. Die Angst vor der

33 Vgl. ASTAT, Covid-19 und Impfungen: Einstellungen und Verhalten der Bürger.

34 Vgl. ebd., 7–8.

35 Vgl. ebd., 8–9.

36 Vgl. ebd., 9.

Krankheit hingegen erhöht sie. Andererseits reduziert das psychische Wohlbefinden einer Person die Angst, aber nicht die Impfbereitschaft, auch weil das Wohlbefinden den Glauben an Verschwörungstheorien verringert.³⁷

Altruismus und Compliance, d. h. Zustimmung zu den präventiven Maßnahmen gegen die Pandemie, hingegen förderten die Impfbereitschaft ebenso wie folgende soziodemographische Variablen: das Arbeiten im Gesundheitswesen, die Angst vor dem Virus, zunehmendes Alter. Folgende Variablen hingegen haben sich negativ auf die Impfbereitschaft ausgewirkt: der Glaube an Verschwörungstheorien; an Covid-19 erkrankt gewesen und genesen zu sein. Eine nur untergeordnete Rolle spielten hingegen Bildung, Studientitel, Muttersprache und politische Ausrichtung.³⁸

6. Die nationale Impfstrategie des Gesundheitsministeriums (2)

Weiter oben wurde bereits die am 12. März 2021 per Dekret verabschiedete nationale Impfstrategie erwähnt.³⁹ Der Impfplan sah vor, dass ab April 2021 täglich ca. eine halbe Million Menschen geimpft werden sollte. Um diesen Plan umzusetzen, wurden 300.000 Freiwillige benötigt. Als Ziel der Impfstrategie wurde die Verhinderung von Todesfällen durch Covid-19 und ein möglichst rasches Erreichen der Herdenimmunität gegen SARS-CoV-2 angegeben. Die Priorisierung bzw. die Rangfolge berücksichtigten in erster Linie das Krankheitsrisiko, die Relevanz von Personen für das Funktionieren des politischen und gesellschaftlichen Lebens, die Impfstofftypen bzw. die jeweilige Altersfreigabe oder aber -beschränkung durch die Europäische Arzneimittelagentur sowie die Empfehlungen der italienischen Arzneimittelbehörde (die besonders bei AstraZeneca wiederholt modifiziert wurden) und die Impfstoff-Verfügbarkeit.

Die Rangfolge sah in einem ersten Moment folgende Personengruppen vor: Mitarbeiter des Gesundheits- und Sozialwesens sowohl im öffentlichen als auch im privaten Bereich; Bewohner und Personal von Altenpflegeeinrichtungen; Menschen im fortgeschrittenen Alter sowie mit Komorbiditäten und Behinderungen. Zu einem späteren Zeitpunkt wurden die Empfehlungen für die Priorisierung aktualisiert und in fünf Kategorien gegliedert. Kategorie 1 bildeten Menschen mit einem hohen Risiko einer An-

37 Ebd., 10.

38 Vgl. ebd., 10.

39 Vgl. Ministero della Salute, Piano vaccini anti COVID-19.

fälligkeit für einen schweren bis tödlichen Verlauf einer Infektion durch SARS-CoV-2 (aufgrund von bestehenden Erkrankungen, Organschäden, beeinträchtigte Immunantwort etc.) sowie Schwerstbehinderte und mit ihnen zusammenlebende Familienangehörige und Betreuer und Betreuerinnen, die kontinuierliche Hilfe leisten. Die nächsten Kategorien wurden auf der Basis von Alterskriterien und dem Vorhandensein von Pathologien erstellt, um eine möglichst schnelle und faire Fortsetzung der Kampagne in allen Regionen zu ermöglichen: Personen im Alter von 70 bis 79 Jahren (Kategorie 2) sowie im Alter von 60 bis 69 Jahren (Kategorie 3); Menschen mit Komorbidität im Alter unter 60 Jahren (Kategorie 4) und schließlich der Rest der Bevölkerung im Alter von 16 bis 60 Jahren (Kategorie 5). Die Freigabe der Anmeldungen zu den Impfungen für die letzte Kategorie erfolgte italienweit am 3. Juni 2021, wenig später konnten in vielen Regionen auch Jugendliche zwischen 12 und 16 Jahren (in Südtirol beispielsweise am 11. Juni) zur Coronaschutzimpfung vorgemerkt werden. Unabhängig vom Alter wurden ab der ersten Kategorie auch Personen im Bildungsbereich (Schule, Universitäten), Polizei- und Einsatzkräfte und Gefängnispersonal priorisiert.

7. Impfpflicht für Bedienstete im Gesundheits- und Pflegebereich

Am 28. Mai 2021 billigte das italienische Parlament mit dem Gesetz 76/2021⁴⁰ eine Verordnung vom 1. April (Gesetzesentwurf 44/2021⁴¹), die für das Gesundheits- und Pflegepersonal – Apotheker, Psychologen und Ärzte mit eigener Praxis inbegriffen – eine Impfpflicht vorsieht. Eine Dispensierung von der Impfpflicht kann ausschließlich bei einer nachweislichen gesundheitlichen Gefährdung durch eine Impfung beantragt werden, wobei betroffene Personen nicht mehr Aufgaben mit direktem Kontakt mit Patienten oder Kunden wahrnehmen dürfen. Ein Abänderungsantrag, die Impfpflicht auf das Gesundheitspersonal zu beschränken, das in direktem Kontakt zu Kranken steht, wurde abgelehnt. Italien ist somit die erste (und bis Verfassung dieses Manuskripts einzige) Nation, die die Pflichtimpfung gegen Covid-19 für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen und in sozio-sanitären Berufen eingeführt hat.

40 Online abrufbar unter: <https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/normative/Documents/2021/L-28052021-n-76.pdf> [15.06.2021].

41 Online abrufbar unter: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/04/01/21G00056/sg> [15.06.2021].

Bereits der Gesetzesentwurf hatte für heftige Debatten gesorgt⁴², nachdem angekündigt worden war, dass Impfverweigerer („no vax“) vom Dienst suspendiert werden. In der Provinz Belluno gab es schon im März den Fall von zwei Krankenpflegern und acht Mitarbeitern eines Seniorenwohnheimes, die aufgrund der Weigerung, sich impfen zu lassen, vom Dienst suspendiert worden sind und deren Rekurs vom Arbeitsgericht abgelehnt worden ist.⁴³ Da sowohl das Dekret als auch das Gesetz zur Impfung weitgehend ohne Einbeziehung der betroffenen Bediensteten im Gesundheits- und Pflegebereich beschlossen worden sind, fühlten sich viele von ihnen übergangen und sprachen von einem „Impfzwang“, dem sie unterworfen würden. In den emotional geführten Debatten kam die Präzisierung, dass es sich – genau genommen – weder um einen Zwang noch um eine Pflicht, sondern um ein Erfordernis zur Berufsausübung für sozio-sanitäre Tätigkeiten handelt, die dem bzw. der einzelnen Person die Entscheidungsfreiheit belässt, sich impfen zu lassen oder nicht, zu kurz.

Das Gesetz 76/2021 hat also schwerwiegende arbeitsrechtliche Folgen. Die vorläufig bis zum 31.12.2021 zeitlich befristete Regelung bestimmt, dass jene, die die Impfpflicht nicht akzeptieren, zumindest für die Dauer der zeitlichen Befristung vom Dienst suspendiert werden und für diesen Zeitraum keinen Gehalt erhalten.⁴⁴ Die lokalen Sanitätsbetriebe schätzten Anfang Juni, dass italienweit ca. 20.000 „no vax“-Bedienstete im Gesundheits- und Pflegebereich von der Disziplinarmaßnahme betroffen sein werden.⁴⁵

Das Gesetz hat auch ethische Implikationen, die insgesamt jedoch zu wenig thematisiert und diskutiert worden sind, auch wenn – wie weiter oben bereits erwähnt worden ist – das nationale Bioethikkomitee bereits im Dezember 2020 eine Impfpflicht im Gesundheitswesen für ethisch gerechtfertigt angesehen hat.⁴⁶ Kritiker dieser Maßnahme machten hingegen darauf aufmerksam, dass das Personal im Gesundheits- und Pflegebereich seit Ausbruch der Pandemie bereits bis an die Grenzen seiner Kräfte und

42 Vgl. z. B. Marini, L'obbligo vaccinale per professionisti e operatori sanitari, n. 44/2021.

43 Vgl. Miscione, Conseguenze del rifiuto di vaccinazione anti Covid-19 dopo il D.L. 44/2021.

44 Vgl. Frassy, Considerazioni etiche e giuridiche sull'obbligatorietà dei vaccini anti Covid-19.

45 Poletto, Le Asl pronte a sospendere dal lavoro i 20 mila medici e infermieri No Vax, ma gli ospedali temono il caos.

46 Die folgenden ethischen Anfragen an die Impfpflicht verdanke ich dem Austausch mit dem Südtiroler Arzt und Landtagsabgeordneten Franz Ploner.

darüber hinaus im Einsatz sei und einen unverzichtbaren Beitrag geleistet habe, die pandemische Notsituation zu bewältigen, jetzt aber zusätzlich dem Druck ausgesetzt werde, innerhalb kurzer Zeit eine Entscheidung zu treffen oder aber in Kauf zu nehmen, von der Arbeit suspendiert zu werden. Anstatt eine Impfpflicht zu beschließen, solle man vielmehr Überzeugungsarbeit leisten, um möglichst viele zu einer freiwilligen Impfung zu motivieren und somit sowohl das Selbstbestimmungsrecht als auch das Nichtschadensprinzip zu respektieren. Das innerhalb kurzer Zeit mehrfache Hin und Her bei der Zulassung und Altersbeschränkung der Vektorimpfstoffe von AstraZeneca und Johnson & Johnson, d. h. die zeitweise Aussetzung sowie die teils gegenläufigen Altersbeschränkungen, hat für große Unsicherheit gesorgt, besonders bei jüngeren und Frauen mittleren Alters unter 55 Jahren, also jener Personengruppe, in der es nach einer Impfung mit AstraZeneca häufiger als bei anderen Gruppen zu Sinus- und Hirnvenenthrombosen gekommen ist. Ebenso wurde argumentiert, dass eine Impfung keine ‚sterile‘, sondern lediglich eine *klinische Immunität* bewirke, d. h., dass geimpfte Personen weiterhin sowohl sich selbst infizieren als auch ansteckend sein können. Das erklärte Ziel, Herdenimmunität zu erreichen, bedeute zudem in erster Linie einen kollektiven, jedoch keinen individuellen Schutz. Auch sei aufgrund des (bei fehlenden Maßnahmen) unbekanntem Reproduktionsfaktors des SARS-CoV-2 weiterhin ungewiss, wie hoch die Immunisierungsrate sein muss, um Herdenimmunität zu erreichen. Aufgrund dieser und weiterer offenen Fragen sei die Impfpflicht für Bedienstete im sozio-sanitären Bereich aus ethischer Sicht zu hinterfragen. Doch eine öffentliche Debatte darüber blieb weitgehend aus.⁴⁷

8. Ausblick

Bis zum 7. Juni 2021 wurden italienweit 38.761.223 Impfdosen verabreicht. Insgesamt erhielten 13.190.876 Personen über 12 Jahren (das entspricht 24,31 Prozent der Gesamtbevölkerung) zwei Dosen und haben somit den Impfzyklus abgeschlossen.

Während der Fertigstellung dieses Manuskripts konnte im gesamten italienischen Staatsgebiet ein Nachlassen der täglichen Impffzahlen beobach-

47 Nachtrag: Bis Ende August erhielten 71,49 Prozent der über 12-Jährigen die abgeschlossene Impferie. Der italienische Ministerpräsident Mario Draghi kündigte am 2. September für den Fall, dass bis Monatsende nicht die Impfquote von 80 Prozent erreicht wird, die Einführung einer generellen Impfpflicht an.

tet werden.⁴⁸ Mögliche Faktoren sind die Verunsicherung nach dem Tod einer 18-jährigen Patientin am 9. Juni 2021, die eine Woche zuvor mit AstraZeneca geimpft worden war⁴⁹ und deren Schicksal italienweit für großes Aufsehen und Anteilnahme gesorgt hatte, und die darauffolgende Einschränkung dieses Impfstoffs auf Personen über 60 Jahren, aber auch die sinkenden Inzidenzzahlen. Die Regierung hat deshalb neue Informationskampagnen angekündigt. Besonders im Gesundheitswesen will man durch mehr Informationen die Impfwillingkeit fördern und damit Entlassungen bzw. als deren Folge einen Personalnotstand verhindern. Es bleibt abzuwarten, ob die Regierung ihr erklärtes Ziel, bis Ende September 2021 80 Prozent der Bevölkerung zu impfen, erreichen wird.

Literatur

ASTAT: Covid-19 und Impfungen: Einstellungen und Verhalten der Bürger (28.05.2021), in: https://astat.provincia.bz.it/de/aktuelles-publikationen-info.asp?news_action=300&news_image_id=1110165 [15.06.2021].

Burioni, Roberto: Coronavirus: l'efficacia del vaccino pone un dilemma etico (11.12.2020), in: <https://www.medicalfacts.it/2020/12/11/coronavirus-lefficacia-del-vaccino-pone-un-dilemma-etico/> [10.06.2021].

Comitato nazionale di Bioetica: COVID-19 – La decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del „trriage in emergenza pandemica“ (08.04.2020), in: http://bioetica.governo.it/media/3987/p136_2020_covid-19-la-decisione-clinica-in-condizioni-di-carenza-di-risorse-e-il-criterio-del-trriage-in-emergenza-pandemica.pdf [07.05.2020].

Comitato nazionale di Bioetica: I vaccini e COVID-19: aspetti etici per la ricerca, il costo e la distribuzione (27.11.2020), in: http://bioetica.governo.it/media/4115/p140_2020_vaccini-e-covid19_it.pdf [10.06.2021].

Comitato nazionale di Bioetica: Mozione – Urgenza vaccinale, aspetti bioetici (12.03.2021), in: http://bioetica.governo.it/media/4133/m25_2021_urgenza-vaccinale-aspetti-bioetici.pdf [10.06.2021].

Comitato nazionale di Bioetica: Passaporto, patentino, green pass nell'ambito della pandemia Covid-19: aspetti bioetici (30.04.2021), in: <http://bioetica.governo.it/it/pareri/pareri-e-risposte/passaporto-patentino-green-pass-nell-ambito-della-pandemia-covid-19-aspetti-bioetici/> [16.06.2021].

48 Vgl. die regelmäßig aktualisierten Angaben <https://www.rainews.it/ran24/speciali/2020/covid19/vaccini.php> [17.06.2021].

49 Die Verstorbene litt an der Autoimmunerkrankung Thrombozytopenie und wurde medikamentös und hormonell behandelt.

- Frassy, Dario: Considerazioni etiche e giuridiche sull'obbligatorietà dei vaccini anti Covid-19 (07.06.2021), in: <https://www.altalex.com/documents/news/2021/06/07/considerazioni-etiche-e-giuridiche-sull-obbligatorieta-dei-vaccini-anti-covid-19> [15.06.2021].
- IMABE: COVID-19-Impfstoffe: Vatikan hält Einsatz für „moralisch akzeptabel“ (17.01.2021), in: <https://www.imabe.org/bioethikaktuell/einzelsicht/covid-19-impfstoffe-vatikan-haelt-einsatz-fuer-moralisch-akzeptabel> [10.06.2021].
- Istituto Superiore di Sanità (ISS), Gruppo di lavoro “Bioetica COVID-19”: Aspetti di etica nella sperimentazione di vaccini anti-COVID-19 (18.02.2021), in: https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+3_2021.pdf/00fc6054-ded3-5de8-d32f-59bf69d73b02?t=1617348183776 [15.06.2021].
- Johns Hopkins University: COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) (Stand: 09.06.2021), in: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6> [09.06.2021].
- Kongregation für die Glaubenslehre: Instruktion *Dignitas Personae* über einige Fragen der Bioethik (08.12.2008), in: https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20081208_dignitas-personae_ge.html [10.06.2021].
- Kongregation für die Glaubenslehre: Note über die Moralität des Gebrauchs einiger Impfungen gegen Covid-19 (21.12.2020), in: https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20201221_nota-vaccin-i-anticovid_ge.html [10.06.2021].
- Kummer, Susanne: Covid-19-Impfstoffe: Ethische Stellungnahme zu Fragen der Herstellung (12.02.2021), in: https://www.imabe.org/imabeinfos/covid-19-impfstoffe-ethische-stellungnahme-zu-fragen-der-herstellung#_edn1 [10.06.2021].
- Lintner, Martin M.: Das Triage-Problem in Italien während der COVID-19-Pandemie, in: Kröll, Wolfgang/Platzer, Johann/Ruckenbauer, Hans-Walter/Schapp, Walter: Die Corona-Pandemie. Ethische, gesellschaftliche und theologische Reflexionen einer Krise, Baden-Baden: Nomos 2020 (=Bioethik in Wissenschaft und Gesellschaft, Band 10), 87–102.
- Marini, Paolo: L'obbligo vaccinale per professionisti e operatori sanitari. Analisi dell'articolo 4 del Decreto Legge n. 44/2021 (09.04.2021), in: <https://www.altalex.com/documents/news/2021/04/09/obbligo-vaccinale-per-professionisti-e-operatori-sanitari> [15.06.2021].
- Miscione, Michele: Conseguenze del rifiuto di vaccinazione anti Covid-19 dopo il D.L. 44/2021 (21.05.2021), in: <https://www.quotidianogiuridico.it/documents/2021/05/21/conseguenze-del-rifiuto-di-vaccinazione-anti-covid-19-dopo-il-d-l-44-2021> [15.06.2021].
- Ministero della Salute: Piano vaccini anti COVID-19, in: <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5452&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto> [09.06.2021].

- Ministero della Salute u. a.: Vaccinazione Anti SARS-CoV-s/Covid-19. Piano strategico. Elementi di preparazione e di implementazione della strategia vaccinale; in: Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, serie generale n. 72 (24.03.2021), 24–37, in: <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderPdf.spring?seriegu=SG&datagu=24/03/2021&redaz=21A01802&artp=1&art=1&subart=1&subart1=10&vers=1&prog=001> [09.06.2020].
- Ministero della Salute u. a.: Vaccinazione Anti SARS-CoV-2/COVID-19. Raccomandazioni *ad interim* sui gruppi target della vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19, in: Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, serie generale n. 72 (24.03.2021), 38–50, in: <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderPdf.spring?seriegu=SG&datagu=24/03/2021&redaz=21A01802&artp=1&art=1&subart=1&subart1=10&vers=1&prog=002> [09.06.2021].
- Our World in Data: Statistics and Research. Coronavirus (COVID-19) Deaths (Stand: 09.06.2021), in: <https://ourworldindata.org/covid-deaths> [09.06.2021].
- Päpstliche Akademie für das Leben: Moralische Überlegungen zu Impfstoffen, für deren Produktion Zellen von abgetriebenen Föten verwendet werden (05.06.2005); Originalpublikation: Pontificia Accademia per la Vita: Riflessioni morali circa i vaccini preparati a partire da celluleprovenienti da feti umani abortiti, in: *Medicina e Morale* 2005/3, 618–628; dt. (nicht autorisierte) Übersetzung von Irmtraut Babel: Schriftenreihe der Aktion Leben e.V., Nr. 27, Absteinach 2007, in: https://www.horeb.org/fileadmin/eigene_dateien/Neue_Seite/Downloads/PDF/PDFs/H-027.pdf [10.06.2021].
- Pontificia Accademia per la Vita: Nota circa l'uso dei vaccini (31.07.2017), in: <http://www.academyforlife.va/content/pav/it/the-academy/activity-academy/note-vaccini.html> [10.06.2021].
- Prentice, David: COVID-19 Vaccine Candidates and Abortion-Derived Cell Lines (30.09.2020; letztes Update: 02.06.2021), in: <https://lozierinstitute.org/update-covid-19-vaccine-candidates-and-abortion-derived-cell-lines/> [10.06.2021].
- Rosenberger, Michael/Schaupp, Walter (Hg.): Ein Pakt mit dem Bösen? Die moraltheologische Lehre der „cooperatio ad malum“ und ihre Bedeutung heute (=Studien der Moraltheologie. Neue Folge 5), Münster: Aschendorff Verlag 2015.
- Wadman, Meredith: Abortion opponents protest COVID-19 vaccines' use of fetal cells (05.06.2020), in: <https://www.sciencemag.org/news/2020/06/abortion-opponents-protest-covid-19-vaccines-use-fetal-cells> [10.06.2021].

Der Ausbruch der COVID-19 Pandemie im Jahr der Pflegenden. Herausforderungen und Chancen für die Pflege

Franziska Großschädl und Christa Lohrmann

1. Einleitung

“This was meant to be our year – our time to celebrate and share our achievements in the 2020 International Year of the Nurse and Midwife. Instead, many nurses, doctors and other health and emergency workers are receiving accolades for something very different” (Turale et al. 2020).

Im Jahr 2020 feierte man weltweit den zweihundertsten Geburtstag von Florence Nightingale und es wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2020a) deshalb als erstes „internationales Jahr der Pflegenden und Hebammen“ ausgewiesen. Die WHO-Kampagne wurde ins Leben gerufen, um die herausfordernden Bedingungen hervorzuheben, denen Pflegepersonen und Hebammen in ihrer täglichen Praxis häufig ausgesetzt sind und um sich verstärkt für Bedürfnisse von Pflegepersonen und Hebammen einzusetzen (WHO 2020a). Dieses Jahr 2020 sollte ein Bewusstsein für diese Berufe schaffen und eine Anerkennung für Pflegepersonen und Hebammen sein, welche zur Gesundheit und zum Wohlbefinden der Weltbevölkerung maßgeblich beitragen (Daly et al. 2020).

Viele Länder dieser Erde erleben seit dem Jahr 2020 eine Pandemie, die seit der Spanischen Grippe zwischen den Jahren 1918–1919 nicht mehr in diesem Ausmaß aufgetreten ist. Das Coronavirus hat eine Krise der öffentlichen Gesundheit ausgelöst und zu vielen Herausforderungen für Gesundheitsdienstleister*innen und Gesundheitssystemen geführt (Ross 2020). Vielen war bekannt, dass eine gefährliche Pandemie möglich war, und die WHO und die meisten Länder hatten Pläne, sich auf so ein Ereignis vorzubereiten. Es ist jedoch offensichtlich, dass die meisten Länder nicht ausreichend auf COVID-19 vorbereitet waren und nicht entsprechend reagieren konnten (Catton 2020; Perry et al. 2020).

Wir haben gesehen, wie die Welt von der Pandemie erschüttert wurde, und alle Pläne zur Feier des internationalen Jahres der Pflegenden und Hebammen wurden auf Eis gelegt. Viele Länder gingen in *Lockdowns*. COVID-19 hat gezeigt, dass selbst in reichen Ländern, seit dem Finanzcrash

im Jahr 2008, langfristige Unterinvestitionen im Gesundheitswesen dazu beigetragen haben, dass das Gesundheitswesen mit zu wenig Personal und unzureichenden Ressourcen ausgestattet ist (Catton 2020).

In dieser Pandemie waren die Pflegepersonen stets präsent und leisteten unzählige wichtige Dienste für ihre Patient*innen, deren Familien und damit für die Gesellschaft. Dass die COVID-19-Pandemie im Jahr der Pflegenden auftrat, mag ironisch scheinen. Das Ziel dieses Jahres der Pflegenden und Hebammen war es, deren wichtigen Beitrag für die globale Gesundheit zu erkennen und sichtbar zu machen und dies war noch nie so offensichtlich wie in Zeiten des Coronavirus. Es benötigte viele Menschen und Berufsgruppen, die sich während dieser Krise um die Aufrechterhaltung unserer Gemeinschaft kümmerten. Dennoch steht nach wie vor kein Beruf so im Zentrum des Geschehens wie der der Pflege. Keine andere Profession im Gesundheitswesen hat solch eine enge und persönliche Beziehung zu den Patient*innen wie die Pflegenden (Treston 2020).

2020 war das Jahr der Pflegenden und der Hebammen und wird aber auch als das Jahr in Erinnerung bleiben, in dem sich COVID-19 weltweit ausbreitete. „Flatten the curve, but raise your concerns“ (Monteverde/Gallagher 2020) – dies ist die Kernaussage von Nightingales Vision einer professionellen Krankenpflege und sollte auch ein Leitgedanke im Rahmen der Pflege während der COVID-19 Pandemie sein. Florence Nightingales Arbeit läutete eine Vision einer professionellen Krankenpflege ein, die sowohl durch evidenzbasierte Arbeitsweise, als auch durch menschliche Freundlichkeit gegenüber Bedürftigen geprägt war (Monteverde/Gallagher 2020). Der zweihundertste Geburtstag von Florence Nightingale hätte nicht mehr dazu beitragen können, den Wert der Krankenpflege für die globale Gesundheit hervorzuheben als wie dies durch die Leistungen der Pflegepersonen während der COVID-19-Pandemie geschah.

2. Herausforderungen für die Pflege während der Pandemie

Die COVID-19-Pandemie hat auch dazu geführt, dass die Pflege- und Gesundheitstechnologien vermehrt in den Fokus gerückt sind und von den Praktiker*innen verstärkt genutzt wurden, unter Berücksichtigung geringerer Kapazitäten und Infrastrukturen. Dieser Ressourcenmangel umfasst eine geringere direkte Pflege, die während der Pandemie erbracht werden musste, sowie fehlende Hilfsmittel vor allem im Bereich der Intensivpflege (Lee et al. 2021).

Oft fehlt in der Diskussion zum Ressourcenmangel rund um die COVID-19-Pandemie auch die Anzahl der verfügbaren Pflegepersonen, Ärzt*innen, Atemtherapeut*innen und anderen qualifizierten Gesundheitsdienstleister*innen. Dabei sollten wir uns nicht nur Gedanken über die Anzahl qualifizierter Fachkräfte machen, sondern auch über die Anzahl ‚gesunder‘ Personen, die sich um kranke Patient*innen kümmern und komplizierte Beatmungsgeräte bedienen müssen (Ross 2020). Viele Gesundheitseinrichtungen unternehmen bereits Schritte, um moralische, psychische und posttraumatische Belastungsstörungen ihrer Arbeitnehmer*innen entgegenzuwirken. Viele andere müssen diese Unterstützung in ihre Reaktionen auf die Pandemie erst integrieren (Morley et al. 2020; Ross 2020). Ein Arbeitskräftemangel in Zeiten der Coronakrise führte dazu, dass auch Studierende in die Praxis vermehrt einbezogen und Pflegende im Ruhestand zurückgerufen wurden – eine komplexe Rolle mit oft hohem Stresslevel, bei der selbst erfahrene Pflegekräfte überfordert sein können (Perry et al. 2020).

COVID-19 ist eine hoch ansteckende Krankheit und die Übertragung des Virus ist nach wie vor eine sehr große Bedrohung für das Gesundheitspersonal. Viele Pflegepersonen haben großartiges geleistet, um unter schwierigsten Bedingungen für die Aufrechterhaltung der Pflege zu sorgen und Leben zu retten. Viele haben wochenlang in langen Schichten gearbeitet, ohne einen Tag frei zu haben. Pflegende sind die Hauptverantwortlichen für die Erbringung der Pflege von Patient*innen und daher anfälliger für Infektionen. Viele haben aufgrund des Mangels an geeigneter persönlicher Schutzausrüstung in Kauf genommen, diese gefährliche Infektion zu bekommen. Und leider erkrankten oder starben auch viele Beschäftigte im Gesundheitswesen, und darunter auch Pflegende, am Virus. Der Mangel an persönlicher Schutzausrüstung gefährdet Pflegende und erhöht das Risiko einer Infektionskette für Patient*innen, Familienangehörige von Gesundheitspersonal und weiteren Mitgliedern einer Gesellschaft (Catton 2020).

Die Zahl an diplomierten Pflegenden, die in Langzeitpflegeeinrichtungen anzutreffen sind, ist oft gering, wobei Pflegefachassistent*innen, Pflegeassistent*innen und Pflegehelfer*innen den größten Teil der Pflege leisten. Diese Mitarbeiter*innen des Gesundheitswesens sind wertvolle Mitglieder der Gesundheitsdienstleistung (Laxer et al. 2016), verfügen jedoch nicht über die fachlichen Fähigkeiten, Ressourcen und Schulungen einer ausgebildeten diplomierten Pflegeperson, um die Herausforderungen bei der Pflege von Menschen zu bewältigen, die insbesondere im Rahmen einer Pandemie eine komplexe Versorgung benötigen (Davidson/Szanton 2020; Lake 2020). In einer Zeit großer Änderungen, Risiken und Belas-

tungen ist es erforderlich, evidenzbasierte Lösungen für diese Herausforderungen in der Pflegepraxis bereit zu stellen (Goni-Fuste et al. 2012; Lake 2020). Dazu sind akademisch ausgebildete Pflegekräfte erforderlich, um vor allem eine evidenzbasierte Pflege sicherstellen zu können. Aufgeklärte Gesundheitseinrichtungen haben Pflegenden mit mindestens einem Bachelor of Nursing Science (BScN) rekrutiert oder ihre diplomierten Pflegenden ermutigt, akademische Aus- oder Fortbildungen zu absolvieren (Lake 2020). Aus- und Fortbildungen von Pflegenden sind im Hinblick auf die derzeitige Pandemie erforderlich, um ihre Bereitschaft in den Bereichen Epidemiologie, Infektionskontrolle sowie An- und Ausziehen von Schutzausrüstung zu verbessern (Zhang 2021). Gesundheitseinrichtungen können sich am besten auf einen pandemiebedingten Pflegeanstieg vorbereiten, indem sie einen sicheren Personalbestand, ein professionelles Umfeld und hohe Bildungserwartungen für ihr Pflegepersonal festlegen (Lake 2020).

Diese Gesundheitskrise betrifft nicht nur Mitarbeiter*innen im klinischen Bereich, sondern generell alle gesellschaftsrelevanten Systeme. Dazu zählen im Gesundheitswesen natürlich auch Ausbildungsstätten wie Universitäten und andere schulische und akademische Einrichtungen (Dewart et al. 2020). Im Rahmen der Pflegeausbildungen wurde innerhalb nur weniger Tage die Lehre online abgehalten und es wurden flexible Unterstützungssysteme entwickelt, damit isolierte Student*innen ihr Studium fortsetzen und Verzögerungen in der Ausbildung somit verhindert werden konnten (Perry et al. 2020). Angst und Unsicherheit waren und sind in diesen Zeiten häufige Begleiter unter den Pflegestudierenden. Studierende gaben an, dass vor allem die Schaffung einer offenen und unterstützenden Lehrkultur hilfreich war, um nicht im Chaos dieser Pandemie unterzugehen und so bestmöglich und erfolgreich in ihrer Ausbildung voranzukommen (Uleaners et al. 2021).

Die COVID-19-Pandemie hat auch gezeigt, dass es Führungsbereiche im Gesundheitswesen gibt, die gestärkt werden müssen, um bestmögliche Gesundheitsleistungen anbieten zu können. Obwohl die Pflegenden unter den Gesundheitsprofessionist*innen den größten und oft sichtbarsten Teil der Belegschaft im Zuge dieser COVID-19-Pandemie ausmachten, waren sie in Diskussionen rund um die Pandemie wenig hör- und sichtbar. Viele Kommentator*innen in den sozialen Medien haben berichtet, dass die Pflege nicht stark genug war und dass die Interessen und Anliegen der Pflegenden nicht gut anerkannt oder vertreten wurden. Anstatt einer starken und hörbaren Stimme sehen wir in vielen Teilen der Welt, dass Pflegenden weitgehend schweigen – obwohl die Pflege im Kampf gegen COVID-19 eine zentrale Rolle spielt (Daly et al. 2020). Vor allem

in deutschsprachigen Ländern ist dies bedingt durch eine mangelnde gesundheitspolitische Unterstützung und somit einer unzureichenden Interessensvertretung für die Pflege der Fall.

3. Ethische Überlegungen von Pflegepersonen

Der Ethikkodex der American Nurses Association (2015) besagt, dass die Verantwortung und Aufgabe der Pflegepersonen beim Empfänger bzw. der Empfängerin der Krankenpflege liegt. Der Ethikkodex sieht aber auch Pflegende dazu verpflichtet, ihre eigene Gesundheit und Sicherheit zu schützen.

Im Zuge der Pandemie wurde medial berichtet, dass nicht ausreichend Ressourcen zur Verfügung standen, um eine sichere Pflege anbieten zu können. Ein Problem war unter anderem die unzureichende Versorgung mit persönlicher Schutzausrüstung für die Pflegepersonen (Gebreheat/Teame 2021; Lake 2020; McKenna 2020). Die Sicherheit von Pflegepersonen und anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen, die häufigen Patient*innenkontakt haben, ist ein dringendes ethisches Anliegen, da sie aufgefordert werden, unter Bedingungen zu arbeiten, die erhebliche und unzureichend verstandene Risiken für ihre eigene Gesundheit und ihr Wohlbefinden darstellen (Morley et al. 2020). Pflegende standen nun vor der Überlegung, ohne diese Schutzmaßnahmen zur Arbeit zu gehen und sich selbst und möglicherweise ihre Patient*innen und Familien dem Risiko auszusetzen, sich mit dem Virus zu infizieren. Alternativ könnten sie zu Hause bleiben, mit dem Wissen, dass schwerkranke Patient*innen ihre Pflege und Hilfe benötigten. Diese widersprüchlichen Pflichten, die sich im Rahmen der COVID-19-Pandemie ergaben, können ernstzunehmende moralische und emotionale Verzweiflung bei den Pflegenden auslösen (Lake 2020; McKenna 2020). Pflegende kümmern sich routinemäßig und bereitwillig um Patient*innen in riskanten Situationen. Die Verpflichtung, sie unter Bedingungen unzureichenden Schutzes zu versorgen, gefährdet jedoch ihre Sicherheit, die Sicherheit ihrer Angehörigen und ihre Fähigkeit, längerfristige Pflege zu leisten (Morley et al. 2020).

Ein weiteres Problem, das zu ethischen Fragestellungen führt, ist die *Gerechtigkeit* bei der Qualität und Fairness der Patient*innenbehandlung sowie der Ressourcenverteilung. COVID-19 hat substanziellere und ethische Überlegungen zur Priorisierung von Pflege und Ressourcen in verschiedenen Umgebungen und Pflegeeinheiten gefordert (Gebreheat/Teame 2021; Morley et al. 2020; Turale/Meechamnan/Kunaviktikul 2020). Der Krisenstandard erfordert eine Änderung der Versorgung, die erbracht werden

kann und eine Verlagerung des Gleichgewichts ethischer Bedenken von den Bedürfnissen des Einzelnen auf die Bedürfnisse der Gemeinschaft (Institute of Medicine 2012). Weltweit wurde berichtet, dass in bestimmten Zeitfenstern unzureichende Intensivpflegebetten und Beatmungsgeräte für die an Covid-19 Erkrankten zur Verfügung standen. Dies ist nicht vereinbar mit einem personenzentrierten Pflegeansatz und würde einen bevölkerungsgesundheitlichen Ansatz bedeuten (James et al. 2018).

Die Zuweisung von Beatmungsgeräten ist möglicherweise eine der schwierigsten Triage-Entscheidungen, die während dieser Pandemie zu treffen sind (Truog et al. 2020). Eine Rationierung kann jedoch erforderlich sein, da sich das Coronavirus häufig als akutes Atemnotsyndrom manifestiert. Triage-Entscheidungen, in denen Pflegepersonen u.a. miteinbezogen wurden, sind für Pflegenden sehr schwierige Entscheidungen und drohen das Wesen einer individuenzentrierten Pflege zu untergraben (Mc Kenna 2020). Die letztendlich rechtliche Verantwortung für solche Entscheidungen liegt bei dem/der leitenden Kliniker/Klinikerin (James et al. 2018). Dennoch sollten solche Entscheidungen nicht alleine getroffen werden, sondern in einem Team und basierend auf der besten klinischen Evidenz und ethischen Entscheidung (DoH 2020). Triage-Richtlinien und Algorithmen werden in der Regel von Expert*innengruppen erstellt, welche idealerweise aus verschiedenen Disziplinen bestehen und unter Miteinbezug von öffentlichem Engagement. Einige veröffentlichte Richtlinien und Rahmenbedingungen unterstreichen die Notwendigkeit der Entscheidungsfindung durch ein multidisziplinäres Triage-Team, dem die Pflegeleitung angehört, während andere lediglich einen Triage-Beauftragten (einen leitenden Arzt bzw eine leitende Ärztin) fordern, um solche wichtigen Entscheidungen zu treffen. Selbst wenn Pflegepersonen nicht an der Entwicklung dieser Richtlinien beteiligt sind, sind sie häufig für das Management dieser lebenserhaltenden Technologien und für die Umsetzung von Triage-Entscheidungen, einschließlich dessen Beendigung, (mit)verantwortlich (Morley et al. 2020).

Im Zuge der aktuellen Pandemie wurden ethische Leitlinien zu unterschiedlichen Szenarien von mehreren Organisationen erarbeitet (COVID-19 Healthcare Resilience Working Group 2020). Diese basieren auf ethischen Prinzipien und evidenz-basierten Informationen. Sie können bei Entscheidungsfindungen unterstützen und die Legitimität und Akzeptanz dieser stärken (Mc Kenna 2020) und sollten den Pflegenden zur Verfügung gestellt werden.

Im Zuge der COVID-19-Pandemie führten ethische Fragestellungen zu einer Veränderung der Beziehung zwischen Pflegenden und Patient*innen. Pflegenden haben die Aufgabe, Patient*innen im Sterbe- und Trauer-

prozess zu unterstützen. Während der Pandemie starben viele Menschen isoliert von deren Angehörigen und Freunden auf den Intensivstationen, oft ohne Möglichkeit, Gespräche am Lebensende führen zu können. Sterbende Patient*innen können Entscheidungen dahingehend treffen, welche Mitmenschen in dieser letzten Lebensphase an der Betreuung beteiligt werden. In Zeiten der Pandemie sind bzw. waren Pflegepersonen oft nicht in der Lage, den Willen und die Wünsche der Patient*innen dahingehend zu erfüllen. Dies steht im Widerspruch zum biomedizinischen ethischen Prinzip der Autonomie (Gebreheat/Teame 2021). Wie bereits oben auch schon beispielhaft angeführt, bestand u.a. die Forderung, dass Pflegepraktiker*innen und andere Kliniker*innen während einer Pandemie von einem patient*innenzentrierten zu einem gemeinschaftsorientierten Modell für Praxis und Pflege wechseln sollen (Berlinger et al. 2020). Pflegepersonen müssen ihre beruflichen Pflichten und ihre Kompetenzen mit häufig dringenden ethischen Entscheidungen in Einklang bringen, die in der Praxis getroffen werden müssen. Eine komplexe Angelegenheit, wenn der Arbeitsdruck hoch ist und Teambesprechungen zur ethischen Entscheidungsfindung zeitlich begrenzt sind oder gar nicht erst existieren (Turale et al. 2020).

Die ethischen Probleme, mit denen Pflegende und andere Angehörige der Gesundheitsberufe in der gegenwärtigen Pandemie konfrontiert sind, sind komplex und erfordern multidisziplinäres Denken sowie Richtlinien und Strategien, um die künftige Praxis und Ausbildung zu steuern. Relevante ethische Rahmenbedingungen müssen überarbeitet oder entwickelt und in der Pflegepraxis umfassend übernommen werden. Nationale Pflegeorganisationen, Pflegewissenschaftler*innen, Pflegeexpert*innen, Auszubildende in der Pflege und Führungskräfte im Pflegebereich sollten sich dieser ethischen Konflikte bewusst sein und Unterstützung und Beiträge leisten, um Auszubildende und Praktiker*innen in der Pflege dahingehend unterstützen zu können (Sperling 2020; Turale et al. 2020).

4. Pflege als führende Rolle in der Pandemie – Was wir aus der Krise lernen können

Das Wissen, die Erfahrungen und die Beratung in der Krankenpflege waren ein wesentlicher Bestandteil der Strategien zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie. Die getätigten Maßnahmen der Pflegepraxis waren dabei von grundlegender Bedeutung, um die Versorgung und das Überleben von Patient*innen, die am stärksten von COVID-19 betroffen waren, sicherzustellen (Catton 2020).

Im Zentrum dieser Pandemie steht die Wissenschaft. Wie wir während der gesamten Pandemie gesehen haben, spielt in der Debatte rund um die Eindämmung von COVID-19 das Verständnis und die Akzeptanz der Wissenschaft seitens der Gesellschaft eine wichtige Rolle (Sullivan-Marx 2020). Die American Academy of Nursing (2020) schreibt in einem Statement im April 2020 anlässlich der Weltimmunisierungswoche:

“In the 21st century, there is increased risk for the emergency of vaccine-preventable diseases. The nursing profession brings vital intelligence, science, and education to the public. At the core of nursing care is health promotion. Nurses have a professional and ethical duty to provide evidence-based information to the public regarding the importance and safety of immunizations. We partner with patients, families, communities, and stakeholders to help individuals and the public make informed health care decisions. The Academy advocates for respectful dialogue with patients and their families who have questions about immunizations.”

Es gibt so viele Aspekte, die es zu beachten gilt bei der Vorbereitung einer Bevölkerung bzw. Gesellschaft auf einen neu entwickelten Impfstoff. Es erfordert nicht nur die Bekämpfung von Missverständnissen durch öffentliche Aufklärung, sondern auch die Gewährleistung des Zugangs zum Impfstoff und dessen gerechte Verteilung (Sullivan-Marx 2020). Pflegende können in diesem Zusammenhang einen wichtigen Beitrag leisten, indem sie über die Erkrankung selbst und die Notwendigkeit einer breiten Immunisierung im Kampf gegen COVID-19 aufklären sowie eine vorbildhafte Rolle in der Gesellschaft einnehmen.

Ein willkommener Fortschritt im Zusammenhang mit COVID-19 war vielerorts die Ausweitung der Telegesundheits- und Telemedizin-Dienste, die Möglichkeiten bieten können, die Versorgung langfristig zu verbessern. Die Pandemie erzwang relativ rasch einen Anstieg der telemedizinischen Aktivitäten, und erreichte damit eine soziale Distanzierung zwischen Gesundheitsdienstleister*innen und ihren Patient*innen. Schnelle politische Entscheidungen und Erneuerungen waren erforderlich, da zu Beginn der Pandemie sehr viele ambulante Termine über Telemedizin durchgeführt wurden. Darüber hinaus mussten Gesundheitseinrichtungen Telehealth-Systeme und -Protokolle schnell implementieren, um der Nachfrage nachzukommen. Mit dieser unerwarteten Zunahme an Telemedizinleistungen hat auch die Forschung im Hinblick auf die Nutzung von Telemedizin während der Pandemie zugenommen, ebenso wie die Forschung im Zusammenhang mit weiteren Aspekten der Gesundheitsversorgung rund um COVID-19 (Spaulding/Smith 2021). Das National Institu-

te of Health (2020) hat verstärkt Forschungsprojekte zur Notwendigkeit sicherer Telemedizin-Interaktionen, zur Behandlung des COVID-Heimmanagements und zu Auswirkungen nach COVID ausgeschrieben und finanziell gefördert. Pflegewissenschaftler*innen sind gut positioniert, um die Bedingungen zu untersuchen, unter denen Telehealth effektiv umgesetzt werden kann und gut von den Nutzer*innen angenommen wird. Aktuelle internationale Entwicklungen deuten darauf hin, dass bestimmte Patient*innengruppen die Nutzung von Telemedizin während der Pandemie unterstützen, die meisten jedoch persönliche Besuche bevorzugen, sobald die Pandemie abgeklungen ist (Sorensen et al. 2020).

Unter den vielen positiven Merkmalen der Telegesundheitspflege hat sich gezeigt, dass es entscheidend ist, den Patienten / die Patientin in seiner / ihrer häuslichen Umgebung *sehen* und auf seine bzw. ihre Bedenken *hören* zu können. Das Zuhören von Patient*innen und ihren Familien ist von grundlegender Bedeutung für die Versorgung oder die Erforschung von Telemedizin. Die aus dieser Pandemie resultierenden Telemedizin-Aktivitäten und deren Erfahrungen und Wissen dazu, sollen Patient*innen, Anbieter*innen und Forscher*innen gleichermaßen die Möglichkeit bieten, diese Dienste für zukünftige Generationen besser zu nutzen und zu verstehen (Spaulding/Smith 2021).

Die Integration der Pflegewissenschaft in Entscheidungen zu Gesundheit und sozialer Gerechtigkeit ist ein wichtiger Schritt in der Bekämpfung der derzeitigen (und zukünftigen) Pandemie. Auch die Dissemination von Innovationen, die von Pflegenden angetrieben werden um Ungleichheiten abzubauen und die Gesundheit zu verbessern, ist ein wichtiger Schritt dahingehend (Sullivan-Marx 2020). Pflegewissenschaftler*innen können zu Big-Data-Ansätzen in Hinblick auf COVID-19 Forschungen beitragen, indem sie in Zusammenarbeit mit Kolleg*innen aus den Bereichen der Informatik, Epidemiologie, Infektionskrankheiten und anderen relevanten Disziplinen eine Pflegeperspektive bieten, um sichere, effektive und ethische Tracking- und Tracing-Systeme zu entwickeln und zu implementieren (Pickler et al. 2020). Pflegewissenschaftler*innen wissen, dass die Anwendung der Big-Data-Analyse auf reale klinische Phänomene eine sorgfältige Analyse und Interpretation erfordert. Big Data hilft uns dabei, die Verbreitung und Tiefe der Pandemie zu verstehen und zu erkennen, ob Eindämmungsmaßnahmen tatsächlich die Entwicklungskurve senken können (Lewnard/Lo 2020).

Pflegewissenschaftler*innen profitieren davon, mit anderen Wissenschaftsdisziplinen im Gesundheitsbereich zusammenzuarbeiten, um zu untersuchen, wie verschiedene Regionen COVID-19 und seine langfristigen Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden handhaben. Da

das Virus weltweit Menschen befallen hat, haben Pflegewissenschaftler*innen die Möglichkeit, Sekundäranalysen von Daten aus mehreren Ländern durchzuführen, insbesondere mit Schwerpunkt auf Kultur, psychischer Belastung und sozialen Determinanten der Gesundheit (Chen et al. 2020). Pflegewissenschaft*innen sind gut vertraut mit der Untersuchung menschlicher Stressreaktionen auf unerwünschte Ereignisse. Die COVID-19-Pandemie bietet die Möglichkeit, diese Reaktionen weltweit zu untersuchen (Pickler et al. 2020).

Die rasche Entwicklung wissenschaftlicher Entdeckungen und Innovationen über COVID-19 seitens vieler Disziplinen erfordert den Einsatz von Implementierungswissenschaft, um die Lücke zwischen Forschung und Praxis zu verringern. Die Implementierungswissenschaft erleichtert die Übernahme evidenzbasierter Praktiken und die Erforschung der regelmäßigen Anwendung durch Praktiker*innen und politische Entscheidungsträger*innen und kann verwendet werden, um kritische Probleme in der Pflege, die in Zusammenhang mit COVID-19 auftreten, zu untersuchen (Elharrar et al. 2020). Der Einsatz implementierungswissenschaftlicher Techniken wird Forschenden in der Pflege helfen, Richtlinien und Praktiken zu untersuchen und zu ändern, die möglicherweise dazu beigetragen haben, dass das Gesundheitssystem und die Öffentlichkeit nicht auf die Pandemie vorbereitet waren. Insbesondere können Pflegewissenschaftler*innen einen Beitrag leisten, indem sie institutionelle Hindernisse für eine effektive Versorgung untersuchen, organisatorische Interventionen testen und Informationen über die effektivsten und nachhaltigsten Interventionen schnell verbreiten (Pickler et al. 2020; Talsma et al. 2008).

5. Fazit

Die WHO (2020b) berichtet, dass Pflegepersonen ideal positioniert sind, um bevorstehende gesundheitliche Herausforderungen bewältigen zu können. Dazu zählen alternde Populationen, Multimorbidität, Frailty, mentale Gesundheit, Infektionskrankheiten und chronische Erkrankungen, soziale Ausgrenzung, Sucht, die Prävention sowie die Reaktion auf künftige Pandemien. Dazu sind Reformierungen der Arbeitspraxis notwendig. Solche Änderungen stellen das Pflegesystem vor berufliche und organisatorische Herausforderungen. Oft arbeiten Pflegepersonen isoliert mit begrenzten Ressourcen und werden durch Unternehmensagenden unterdrückt, die selten individuelles Denken, Kreativität oder Flexibilität zulassen. Pflegende sollten sich auf ihr grundlegendes Ziel konzentrieren können, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen, Familien und Gemein-

schaften, für die sie arbeiten, zu verbessern. Dazu benötigt es Pflegemanager*innen, Führungskräfte und eine Organisationskultur im Pflegebereich, die dies zulassen und unterstützen (Thompson/Darbyshire 2020). Pflegende benötigen eine stark unterstützende Leitung, eine klare Richtung und kontinuierliche Unterstützung voneinander, von ihren Kolleg*innen, der Öffentlichkeit und ihren Pflegeorganisationen bzw. dem Berufsverband, um weiterhin Menschen zu schützen, Leben zu retten und das Leiden dieser Pandemie sowie neue und aufkommende Krankheiten zu verhindern (Turale et al. 2020).

Pflegepersonen in Krankenhäusern, Langzeitpflegeeinrichtungen, Ambulatorien und in der Hauskrankenpflege müssen Zugang zu sicheren und effektiven Hilfsmitteln und Equipment erhalten, wenn dies benötigt wird, um vor Erkrankungen und gesundheitlichen Bedrohungen bestmöglich geschützt werden zu können. Außerdem ist eine ausreichende Personalquote erforderlich, um eine optimale individuenzentrierte Pflege anbieten zu können (Treston 2020). Politiker*innen, die Pflegende für ihr Engagement und ihre Tapferkeit während der Pandemie gelobt haben, müssen auch finanzielle Anreize schaffen, um sicherzustellen, dass die Welt mehr Pflegepersonen hat, die besser bezahlt, ausgebildet und mit notwendigen Ressourcen ausgestattet werden und somit die gesellschaftliche Anerkennung für den komplexen und anspruchsvollen Pflegeberuf zu steigern (Catton 2020; Treston 2020). Eine Verbesserung und teilweise Erneuerung beziehungsweise Evaluierung der Pflegeausbildung ist essentiell, um künftige Pflegende auf die Prävention und Kontrolle von Infektionskrankheiten besser vorbereiten zu können und sicherzustellen, dass sie die notwendigen Fähigkeiten erlernen und besitzen, um infizierte Patient*innen während einer Pandemie bestmöglich versorgen zu können (Goni-Fuste et al. 2021).

Gut ausgebildete Pflegepersonen sind resiliente Innovator*innen und in der Lage, personenzentrierte Lösungen entsprechend evidenzbasierter Überlegungen anzustellen. Außerdem müssen Pflegende verstärkt in politische Gesundheitsentscheidungen miteinbezogen werden. Jetzt ist es Zeit, in gute Ausbildungen, Arbeitsplätze und qualifizierte Führungskräfte im Pflegebereich zu investieren. Die Regierungen müssen eine Zukunft mit genügend Pflegenden planen, in der die Pflegepersonen besser bezahlt und für die lebenswichtigen Dienstleistungen, die sie erbringen, auch wirklich geschätzt werden (Catton 2020; Treston 2020).

Wir müssen aus dieser Pandemie lernen und uns auf zukünftige ähnliche Ausbrüche vorbereiten. Diese zuvor ‚einmal im Jahrhundert‘ stattfindenden Ereignisse werden häufiger erwartet, wenn der Puffer zwischen Mensch und Tier erodiert. Es ist anzunehmen, dass künftige globale

Krankheitsausbrüche durch Faktoren wie Globalisierung, Intensivierung der Landwirtschaft sowie dem Konsum exotischer Pflanzen, Lebensmitteln und tierischer Proteine verstärkt werden. (Stannard 2020). Angesichts dessen müssen wir das Wissen rund um diese Geschehnisse verbreiten und nicht den Virus. Dazu werden aktuelle, seriöse Informationsquellen benötigt, um auf dem Laufenden zu bleiben und sich an evidente Empfehlungen zu halten. Pflegepersonen werden weiterhin starken moralischen Mut und Widerstandsfähigkeit benötigen, um während dieser oder einer zukünftigen Pandemie in den unterschiedlichsten Settings auf der ganzen Welt sowie über Grenzen und Kulturen hinweg gut arbeiten zu können. Die derzeitige Pandemie bietet der Pflege die Möglichkeit, Reformen durchzuführen, um nicht in die Welt vor COVID-19 zurückkehren zu müssen, sondern die positiven Konsequenzen der COVID-19-Pandemie zu nutzen, mit dem Ziel, eine bessere Zukunft für die Pflege zu gestalten. Zu keinem Zeitpunkt in der jüngeren Geschichte haben die Auswirkungen von Pflegepersonen eine solche öffentliche Aufmerksamkeit erregt und gezeigt, wie essentiell die Pflege ist (Daly et al. 2020; Perry et al. 2020).

Literatur

- American Academy of Nursing: Immunization is key eliminating vaccine-preventable diseases (2020), in: <https://aannet.org/news/policy-news/immunizations-position-statement> [14.06.2021].
- Berlinger, Nancy/Wynia, Matthew/Powell, Tia/Hester, Micah/Milliken, Aimee/Fabi, Rachel/Cohn, Felicia/Guidry-Grimes, Laura K./Watson, Jamie Carlin/Burce, Lori/Chuang, Elisabeth J./Oei, Grace/Abbott, Jean/Jenks, Nancy Piper: Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for Institutional Ethics Services responding to COVID-19, in: The Hastings Center (2020), in: <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/HastingsCenterCovidFramework2020.pdf> [14.06.2021].
- Catton, Howard: Nursing in the COVID-19 pandemic and beyond: Protecting, saving, supporting and honouring nurses, in: *International Nursing Review* 67 (2020) 157–159.
- Chen, Shu-Ching/Lai, Yeur-Hur/Tsay, Shioh-Luan: Nursing Perspectives on the impacts of COVID-19, in: *Journal of Nursing Research* 28 (2020) e85.
- COVID-19 Healthcare Resilience Working Group: COVID-19: Considerations, Strategies, and Resources for Crisis Standards of Care in Post-Acute and Long-Term Care (PALTC) Facilities (2020), in: <https://files.asprtracie.hhs.gov/documents/covid-19-considerations-strategies-and-resources-for-crisis-standards-of-care-in-paltc-facilities.pdf> [14.06.2021].

- Daly, John/Jackson, Debra/Anders, Robert/Davidson, Patricia M.: Who speaks for nursing? COVID-19 highlighting gaps in leadership, in: *Journal of Clinical Nursing* 29/15–16 (2020) 2751–2752.
- Davidson, Patricia M./Szanton, Sarah L.: Nursing homes and COVID-19: We can and should do better, in: *Journal of Clinical Nursing* 29 (2020) 2758–2759.
- Dewart, Georgia/Corcoran, Lynn/Thirsk, Lorraine/Petrovic, Kristin: Nursing education in a pandemic: Academic challenges in response to COVID-19, in: *Nurse Education Today* 92 (2020) 104471.
- DoH (Department of Health, Belfast): COVID-19 Guidance: Ethical Advice and Support Framework (2020), in: <https://www.healthni.gov.uk/sites/default/files/publications/health/COVID-19-Guidance-Ethical-Advice-and-Support%20Framework.pdf> [14.06.2021].
- Elharrar, Xavier/Trigui, Youssef/Dols, Anne-Marie/Touchon, Francois/Marinze, Stepanie/Prud'homme, Eloi/Papazian, Laurent: Use of Prone Positioning in Nonintubated Patients with COVID-19 and Hypoemic Acute Respiratory Failure, in: *Journal of the American Medical Association* 323 (2020) 2336–2338.
- Goni-Fuste, Blance/Wennberg, Laia/Martin-Delgado, Leandra/Alfonso-Arias, Cristina/Martin-Ferreres, M Luisa/Monforte-Royo, Cristina: Experiences and needs of nursing students during pandemic outbreaks: A systematic overview of the literature, in: *Journal of Professional Nursing* 37 (2021) 53–64.
- Gebreheat, Gdiom/Teame, Hirut: Ethical Challenges of Nurses in COVID-19 Pandemic: Integrative Review, in: *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 14 (2021) 1029–1035.
- Huang, Lishan/Lin, Guanwen/Tang, Lin/Yu, Lingna/Zhou, Zhilai: Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic, in: *Critical Care* 24/1 (2020) 120.
- James, Fiona R/Power, Nicola/Laha, Shondipon: Decision-making in intensive care medicine – A review, in: *Journal of the Intensive Care Society* 19 (2018) 247–258.
- Lake, Eileen T.: How effective response to COVID-19 relies on nursing research, in: *Research in Nursing and Health* 43 (2020) 213–214.
- Laxer, Katherine/Jacobsen, Frode F./Lloyd, Liz/Goldmann, Monika/Day, Suzanne/Choiniere, Jacqueline A./Rosenau, Vaillancourt Pauline: Comparing nursing home assistive personnel in five countries, in: *Ageing International* 41 (2016) 62–78.
- Lee, Jia/Sook, Hwa/Rae, Sung: Nursing strategies for the post-COVID-19 era, in: *International Nursing Review* 68/2 (2021) 149–152.
- Lewnard, Joseph, A./Lo, Nathan C.: Scientific and ethical basis for social-distancing interventions against COVID-19, in: *Lancet Infectious Diseases* 20 (2020) 631–633.
- McKenna, Hugh: Covid-19: Ethical issues for nurses, in: *International Journal of Nursing Studies* 110 (2020) 103673.
- Monteverde, Settimio/Gallagher, Ann: COVID-19, the year of the nurse and the ethics of witnessing, in: *Nursing Philosophy* 21 (2020) e12311.

- Morley, Georgina/Grady, Christine/McCarthy, Joan/Ulrich, Connie M.: Covid-19: Ethical Challenges for Nurses, in: *The Hastings Center Report* 50 (2020) 35–39.
- National Institutes of Health (NIH): Guidance for NIH-funded Clinical Trials and Human Subjects Studies Affected by COVID-19 (2020), in: <https://grants.nih.gov/grants/guide/notice-files/NOT-OD-20-087.html> [14.06.2021].
- Perry, Lin/Stannard, Daphne/Crookes, Patrick: Nursing in the best and worst of the time of COVID, in: *International Journal of Nursing Practice* 26/3 (2020) e12871.
- Pickler, Rita H./Abshire, Demetrius A./Chao, Ariana M./Chlan, Linda L./Stanfill, Ansley Grimes/ Hacker, Eileen Danaher/Kawar, Lina Najib/McCarthy, Ann Marie/Talsma, AkkeNeel: Nursing Science and COVID-19, in: *Nursing Outlook* 68/5 (2020) 685–688.
- Ross, Jacqueline: The Exacerbation of Burnout during COVID-19: A Major Concern for Nurse Safety, in: *Journal of Perianesthesia Nursing* 35 (2020) 439–440.
- Sherifali, D: The Year of the Nurse, Florence Nightingale and COVID-19: Reflections from Social Isolation, in: *Canadian Journal of Diabetes* 44/4 (2020) 293–294.
- Sorensen, Meredith J./Bessen, Sarah/Danford, Julia/Fleischer, Christina/Wong, Sandra L.: Telemedicine for Surgical Consultations – Pandemic Response or Here to Stay?: A Report of Public Perceptions, in: *Annals of Surgery* 272/3 (2020) e174–e180.
- Spaulding, Ryan/Smith, Carol E.: How telehealth care exploded due to COVID: What nurse researchers need to know, in: *Research in Nursing & Health* 44/1 (2021) 5–8.
- Sperling, Daniel: Training Nurses to Better Deal With Ethical Dilemmas During Pandemics, in: *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* (2020) 1–2.
- Sullivan-Marx, Eileen: Preparing for a COVID-19 vaccine: How Can Nurses Change the Conversation, in: *Nursing Outlook* 68/6 (2020) 693–695.
- Talsma, AkkeNeel/Grady, Patricia A./Feetham, Suzanne/Heinrich, Jan/Steinwachs, Donald M.: The perfect storm: patient safety and nursing shortages within the context of health policy and evidence-based practice, in: *Nursing Research* 57/1 (2008) 15–21.
- Thompson, David R./Darbyshire, Philip: Nightingale's year of nursing: rising to the challenges of the covid-19 era, in: *British Medical Journal* 370 (2020) m2721.
- Treston, Carole: COVID-19 in the Year of the Nurse, in: *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 31/3 (2020) 359–360.
- Turale, Sue/Meechamnan, Chutima/Kunaviktikul, Wipada: Challenging times: ethics, nursing and the COVID-19 pandemic, in: *International Nursing Review* 67/2 (2020) 164-167.
- Uleaners, Dorien/Grosemans, Joep/Schrooten, Ward/Bergs, Jochen: Clinical placement experience of nursing students during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study, in: *Nurse Education Today* 99 (2021) 104746.

- World Health Organization (WHO): Year of the Nurse and the Midwife 2020 (2020a), in: <https://www.who.int/campaigns/annual-theme/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020> [15.06.2021].
- World Health Organization (WHO): State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership (2020b), in: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279> [15.06.2021].
- Zhang, Yuxia: Strengthening the power of nurses in combating COVID-19, in: *Journal of Nursing Management* 29/3 (2021) 357–359.

Ein Jahr COVID-19-Pandemie in den Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz. Herausforderungen und Chancen

Hartmann Jörg Hobensinner und Christina Eva Peyker

1. Einleitung

1.1 Ausgangssituation

Seit dem ersten bestätigten Fall Anfang Dezember 2019 in der chinesischen Provinz Hubei breitete sich das neuartige Coronavirus in nur wenigen Monaten weltweit aus. Österreich schien anfänglich nicht betroffen zu sein, am 25. Februar 2020 wurde aber auch hier die erste Infektion diagnostiziert. Mitte März 2020 ergriff die Bundesregierung aufgrund der „ersten Welle“ einschneidende Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie (Pollak et al. 2021). Seitdem ist etwa ein Jahr vergangen, in dem sich für die Menschen, die Gesellschaft, das Gesundheitssystem, die Wirtschaft und viele andere Lebensbereiche sehr viel verändert hat (Kessler/Guggenbühl 2021). Vor allem das Gesundheitssystem wird auf eine noch nie da gewesene Belastungsprobe gestellt (Hofmacher/Singhuber 2020). Das gesamte Personal steht vor vollkommen neuen organisatorischen, medizinischen, pflegerischen und ethischen Herausforderungen (Fromm 2020). Akutkrankenhäuser können aus Schutz vor Überlastung und der Konzentration auf Intensivbetten nicht akute Operationen verschieben oder diese in Privatkrankenhäuser auslagern. In einer Sonderkrankenanstalt wie der Albert-Schweitzer-Klinik (ASK), als Teil der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz (GGZ), ist dies aufgrund von Hochrisikopatient*innen nicht möglich. Die GGZ bestehend aus einem Sonderkrankenhaus mit 325 stationären Betten, einer Tagesklinik und betreutem Wohnen sowie vier ausgelagerten Pflegeheimen, bietet eine Versorgung und Betreuung für geriatrische Patient*innen und Bewohner*innen, Patient*innen mit Demenz, palliativen Patient*innen und Patient*innen im Wachkoma an. Aufgrund der Vulnerabilität der zu betreuenden Patient*innen und Bewohner*innen benötigen diese jeden Tag die volle medizinische und pflegerische Aufmerksamkeit. Die größte Herausforderung für die GGZ bestand darin, mit dieser vollkommen neuen, noch nie dagewesenen Situati-

on umzugehen. Zentrales Anliegen war es, trotz Pandemie Patient*innen und Bewohner*innen bestmöglich zu versorgen. Das bedeutete gleichzeitig vor einer COVID-19-Infektion zu schützen, aber auch die Betreuung nicht zu vernachlässigen. Weiters ging es darum die Mitarbeiter*innen vor einer Ansteckung zu schützen. Zusätzlich stellte sich die Frage, wie Angehörige trotz Besuchsverbot Beistand leisten können und Langeweile und Einsamkeit der Patient*innen und Bewohner*innen verhindert werden können. (Fromm 2020, 106; Schippinger et al. 2020, 411). Diese großen Herausforderungen zeigten auf, dass es in einer Krise wie der COVID-19-Pandemie ein funktionierendes, ineinandergreifendes System benötigt, das eine schnelle Koordination und Kommunikation an den entsprechenden Schnittstellen schafft und dadurch ein rasches und vor allem angemessenes Handeln ermöglicht (Leinich 2021, 3).

*2. Die Mitarbeiter*innen in der Krise*

Für die Mitarbeiter*innen der GGZ, insbesondere für die Pflegekräfte, stellte die Pandemie eine noch nie dagewesene Situation dar. Die Ungewissheit wie es weitergeht, die Angst sich selbst mit dem Virus zu infizieren und die Gefahr, die das Virus für die Patient*innen und Bewohner*innen darstellt, war groß. Fast täglich gab es neue Informationen und Vorgaben, welche aufgrund der Schnelle oftmals nicht ins gesamte Team kommuniziert werden konnten. Trotz dieser Umstände leisteten die Mitarbeiter*innen in jeder Phase einen herausragenden Einsatz und waren jederzeit bereit Lösungsmöglichkeiten für die Herausforderungen zu finden. Sie mussten eine hohe Flexibilität aufweisen um rasch auf die neuen Bedingungen reagieren zu können. Um die Mitarbeiter*innen und damit auch die Patient*innen und Bewohner*innen bestmöglich vor dem Virus zu schützen wurde ein umfassendes Präventionskonzept, bestehend aus erweiterten Hygienemaßnahmen sowie einem Mitarbeiter*innen-Monitoring eingesetzt. (Hammer-Maier 2021, 3; Schwarz 2021, 122).

2.1 Hygienemaßnahmen

Mit dem Coronavirus gingen verstärkte Hygienemaßnahmen einher. Zuerst bestand die große Herausforderung darin, ausreichend Schutzmaterial zu organisieren, da dieses wegen der großen Nachfrage weltweit knapp war. Dem Management ist es aber gelungen nach und nach ausreichend

Material zu beschaffen (Hermann 2021, 42). Da die ASK in den letzten Jahren sehr durch MRE (multiresistente Erreger) und weitere Infektionen (z. B. Influenza, Noroviren) gefordert war, herrschten bereits vor der Pandemie hohe hygienische Sicherheitsstandards. Dieses Vorwissen stellte in der Krise einen großen Vorteil dar. Die Präventions- und Schutzmaßnahmen der Bundesregierung konnten gut umgesetzt werden und es war Verlass auf das Verständnis und Wissen der Mitarbeiter*innen bezüglich der gesetzten Maßnahmen (Schippinger et al. 2020, 412). Alle Mitarbeiter*innen der GGZ wurden von Hygienefachkräften bezüglich der Hygienemaßnahmen geschult. Um besser zu den Mitarbeiter*innen durchzudringen, wurden außerdem Schulungsvideos sowie E-Learning-Kurse gestaltet die jederzeit am Sharepoint abrufbar waren (Pirstinger et al. 2020, 38–39).

*2.2 Mitarbeiter*innen-Monitoring*

2.2.1 Gesundheitsselbstüberprüfung

Um erste Krankheitssymptome frühzeitig zu erkennen wurde bereits im Zuge der ersten „Welle“ eine Gesundheitsselbstüberprüfung der Mitarbeiter*innen eingeführt. Im Zuge dieses Selbstassessments wurden die Mitarbeiter*innen dazu angehalten täglich zu Hause vor Dienstantritt den eigenen Gesundheitszustand zu überprüfen. Bei jeglicher Form respiratorischer Infekte oder Krankheitssymptomen wurden die Mitarbeiter*innen dazu angehalten nicht in den Dienst zu kommen und umgehend Vorgesetzte zu kontaktieren. Durch die umgehende Meldung dieser Mitarbeiter*innen konnten gezielte Testungen vorgenommen werden und das Risiko für eine Infektion in enger Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt Graz, unter der Leitung von Dr. Eva Winter, schnell evaluiert werden (Pux et al. 2020; Hermann 2021).

*2.2.2 Mitarbeiter*innen-Screening*

Anfänglich wurde zur Testung der Mitarbeiter*innen eine Screening-Straße (Antigen-Test) sowie eine Testambulanz (Antigen-Test und PCR-Test) eingerichtet. Seit Februar 2021 wurde aufgrund des Hochrisikobereiches festgelegt, dass Mitarbeiter*innen ohne COVID-19-Symptome vor Dienstantritt ein Eigenscreening durchführen mussten. Das Testergebnis dieses Screenings durfte vor Dienstantritt nicht älter als 48 Stunden sein. Mit-

arbeiter*innen mit verdächtigen Symptomen mussten sich hingegen in der Test-Ambulanz einem Test unterziehen. Alle Mitarbeiter*innen wurden darauf sensibilisiert die Screenings eigenverantwortlich durchzuführen. Die Bestätigung des Selbsttests erfolgte anhand des Vier-Augen-Prinzips. Am Sharepoint konnte die/der getestete Mitarbeiter*in ein Formular ausfüllen und an die kontrollierende Person senden. Diese konnte das Screening-Ergebnis dann innerhalb von sechs Stunden bestätigen. Die Bestätigung des Selbsttests wurde dann an die getestete Person gesendet. Ein negatives Testergebnis hatte keine weiteren Auswirkungen. Bei positiver Testung wurde die dienstverantwortliche Person kontaktiert und ein PCR-Test in der Testambulanz veranlasst (Knausz et al. 2021, 2–3). Die Selbsttestung wurde von den Mitarbeiter*innen sehr gut angenommen. Sie zeigte die große Selbstverantwortung und Selbstorganisation der Mitarbeiter*innen auf, welche durch eine agile Denkweise der GGZ ermöglicht wird (Hohensinner/Peyker 2020, 81).

Abbildung 1: Selbsttest Mitarbeiter*innen (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz 2021)

Bereich: GGZ Verantwortlich: 	SARS-CoV-2- Testung	
Erstellerdaten		
Pers.Nr.:	Name:	Datum:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="07.05.2021"/>
Bereich: <input type="text" value="Pflegedienstleitung"/>		
Test		
Testgruppe:		
<input checked="" type="radio"/> MitarbeiterInnen		
Testart:		
<input checked="" type="radio"/> Selbsttest		
<input type="radio"/> Mehrfachtest oder Drittperson		
SARS-CoV-2-Antigen – qualitativer-Schnelltest		
<input type="radio"/> POSITIV <input checked="" type="radio"/> NEGATIV		
Bestätigung Testergebnis von:		
<input type="text"/>		
<input type="button" value="Fertig"/> <input type="button" value="Abbrechen"/>		

2.3 Gegenseitige Unterstützung

Durch Dienst-Freistellung von Mitarbeiter*innen aus Bereichen der Verwaltung oder der Therapie konnten wichtige Personalreserven aufgebaut werden, welche auch genutzt wurden. So unterstützten zum Beispiel Mitarbeiter*innen aus dem Human Resources Management, dem Qualitätsmanagement oder aus der Geschäftsführung die Pflegeheime der GGZ. Diese Mitarbeiter*innen standen vor der Herausforderung vollkommen neue Aufgaben übernehmen zu müssen. Dennoch war das gegenseitige Vertrauen und der Zusammenhalt enorm (Hermann 2021, 42; Schwarz 2021, 123). Diese Art der Job-Rotation brachte für die Mitarbeiter*innen aber auch Chancen in der Krise. Durch die Erfahrungen in anderen Bereichen der GGZ entstand ein umfassender Blick auf das Unternehmen. Es bestand die Möglichkeit sich auszutauschen und weiterzuentwickeln. Durch den Perspektivenwechsel konnten neue Ideen eingebracht werden um bestehende Abläufe und Prozesse zu optimieren (Tscherne 2014, 10).

3. Der Schutz der uns vertrauenden Menschen

Ältere, multimorbide und immungeschwächte Personen, wie unsere Patient*innen und Bewohner*innen, stellen eine sehr vulnerable Gruppe dar. Verschiedenste altersbedingte und immunologische Besonderheiten sowie eine bestehende Multimorbidität haben zur Folge, dass ältere Menschen ein hohes Risiko für schwere und letale Verläufe einer COVID-19-Erkrankung haben. Sie stellen daher eine besonders schutzbedürftige Risikogruppe dar (Sailer-Kronlechner 2021, 39). Für die GGZ war es das größte Anliegen, die ihnen vertrauenden Patient*innen und Bewohner*innen auch in dieser schwierigen Zeit bestmöglich zu betreuen. Die größte Herausforderung in diesem Zusammenhang bestand darin, den Patient*innen, Bewohner*innen, aber auch Angehörigen, die Notwendigkeit der Schutzmaßnahmen sowie der Besuchsbeschränkungen verständlich zu machen. Die Mitarbeiter*innen der GGZ waren in dieser Zeit stets darum bemüht, die ihnen vertrauenden Menschen bestmöglich zu schützen und zu begleiten, alternative Kontaktformen zu Angehörigen zu finden und trotz Pandemie Aktivitäten und Angebote gegen Langeweile und Einsamkeit zu ermöglichen (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz 2020).

3.1 Screening der Patient*innen und Bewohner*innen

Da die gesamte GGZ einen Hochrisikobereich darstellen, wurde für Patient*innen und Bewohner*innen eine engmaschige Teststrategie entwickelt. Die Patient*innen der ASK werden, unabhängig vom Impfstatus oder einer bereits erfolgten COVID-19-Erkrankung, in engmaschigen Zeitintervallen getestet. Bei stationärer Erst- oder Wiederaufnahme erfolgt ein Antigen- und PCR-Test in der Erstaufnahme (ERST). Am fünften und zehnten Tag nach Erst- oder Wiederaufnahme wird ein weiterer Antigen-test und PCR-Tests durchgeführt. Weiters wird nach Kontakt mit COVID-19-positiven Personen am Tag eins, fünf, zehn und 14 ebenfalls ein Antigentest und PCR-Test durchgeführt. Zusätzlich wird den Patient*innen auf freiwilliger Basis einmal pro Woche ein Antigentest angeboten. Mit Ende März 2021 wurde diese Testfrequenz auf drei Mal pro Woche erhöht (Schmid et al. 2021, 2). Den Bewohner*innen der vier Pflegeheime der GGZ wird ebenfalls wöchentlich ein Antigen-Test angeboten. Bei Neu- oder Wiederaufnahme von Bewohner*innen wird an Tag eins sowie nach drei bis fünf Tagen ein weiterer Antigen-Schnelltest durchgeführt. (Pojer 2021, 2).

Abbildung 2: COVID-19-Screening Patient*innen der ASK (Schmid et al. 2021, 2).

	Screening bei stat. Erst- oder Wiederaufnahme	Screening am Tag 5 und 10 nach stat. Erst- oder Wiederaufnahme / Kontrolluntersuchung	Screening bei Besuch der Tages-Klinik/Tageshospiz	Screening bei potentiell infektiösem Kontakt mit COVID-Pos. Tag 1 Tag 5 Tag 10 Tag 14	COVID-19 Symptomatik
Pat. nicht geimpft	Antigen und PCR	Antigen und PCR	Antigen	Antigen und PCR	Antigen und PCR
Pat. geimpft	Antigen und PCR	Antigen und PCR	Antigen	Antigen und PCR	Antigen und PCR
St. p. COVID-19	Antigen und PCR	Antigen und PCR	Antigen	Antigen und PCR	Antigen und PCR

3.2 Umgang mit Besuchsbeschränkungen und reduzierten Kontaktmöglichkeiten

Um Patient*innen und Bewohner*innen bestmöglich vor einer COVID-19-Infektion zu schützen wurden zunächst Besuche in allen Bereichen der GGZ verboten. Ausnahmen wurden nur in palliativen Situationen

getroffen. Das Besuchsverbot galt für alle Personen, die nicht unmittelbar an der Aufrechterhaltung des Betriebes der ASK und den Pflegeheimen beteiligt waren. Das Betretungsverbot des Areals wurde von der Grazer Ordnungswache kontrolliert. Im April 2020 wurde dann ein Besuchscontainer bereitgestellt um kontrollierte und geschützte Kontaktmöglichkeiten für Patient*innen, Bewohner*innen und deren Besuch zu ermöglichen (Hermann 2021, 43). Die Besuchsbeschränkungen werden seitdem 14-tägig anhand eines Corona-Ampelsystems angepasst und evaluiert (Pirstinger et al. 2020, 2). Die GGZ konnten relativ schnell eine digitale Kontaktmöglichkeit zwischen Patient*innen, Bewohner*innen und deren Angehörigen ermöglichen. Es wurden rasch technische Voraussetzungen wie ein leistungsstarkes Internet sowie Tablets oder Handys organisiert. Am Franz Gerstenbrand Wachkoma Department der GGZ wurde vermehrt mit dem Augensteuerungs- und Kommunikationsgerät MyTobii gearbeitet um eine Kommunikation mit den Augen zu ermöglichen. Obwohl die Unterstützung der Patient*innen und Bewohner*innen bei der kontaktlosen Kommunikation eine große personelle Herausforderung darstellte, werden Medien wie MyTobii, Skype oder Telefonie zukünftig über die Pandemie hinaus wichtige alternative Kontaktmöglichkeiten darstellen (Kricheldorf 2020; Schaller 2021, 82).

3.3 Alternative Aktivitäten und Angebote in der Krise

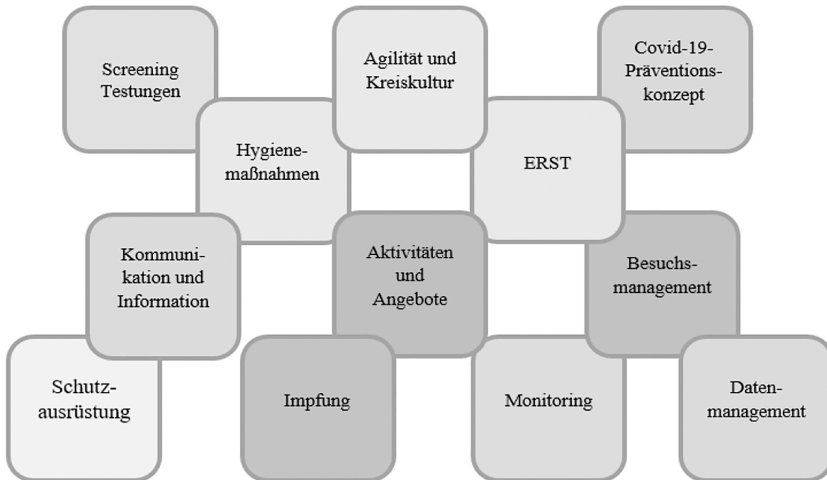
Coronabedingte soziale Isolation, Langeweile und Einsamkeit können für ältere Menschen schwere negative Folgen für das Wohlbefinden und die Lebensqualität haben und gelten als Risikofaktoren für eine erhöhte Mortalität. Besuchsverbote und Kontaktbeschränkungen führen vor allem bei kognitiv beeinträchtigten älteren Menschen zu einer Veränderung gewohnter Rituale. Das gemeinsame Essen, Gruppenaktivitäten oder der Besuch der Familie sind nicht mehr möglich. Es entsteht ein Gefühl der Vereinsamung. In Folge dessen kann es zu Rückzug und Deprivation kommen. Für die GGZ stellte es eine große Herausforderung dar, einerseits die Patient*innen und Bewohner*innen vor einer COVID-19-Infektion zu schützen und andererseits auf die individuellen Bedürfnisse nach sozialen Kontakten, Zuwendung und Beschäftigung einzugehen. Ein großes Anliegen war es daher geeignete Lösungen und Kompromisse zu finden um eine Vereinbarkeit zwischen den individuellen Bedürfnissen der Patient*innen und Bewohner*innen und dem Interesse des Hauses zu ermöglichen (Halek et al. 2020, 52). Anhand der Corona-Ampel wurden die Aktivitäten je nach Lage ständig angepasst und evaluiert. Gewisse

Angebote wurden in allen Phasen angeboten. Dazu zählten der Zugang zu Trainingsvideos, Teleberatung, therapeutische Distanzbetreuung, die kontaktlose Übernahme persönlicher Einkäufe, das Angebot von Hotlines (u. a. Psychologie, Seelsorge, Hospizverein), die Übertragung von Gottesdiensten über TV und Radio sowie das Streamen von Veranstaltungen auf TV-Geräte. Die berufsgruppenübergreifenden Angebote wurden ständig optimiert und werden teilweise auch nach der Pandemie fortgeführt werden (Pirstinger et al. 2020, 12).

4. Die GGZ als agile Organisation in der Covid-19-Pandemie

Die Corona-Pandemie bringt eine unsichere, sich ständig verändernde und dynamische Zeit für die GGZ mit sich. Umso mehr ist es in dieser Zeit wichtig flexibel, anpassungsfähig und schnell zu agieren um sich so auf unvorhersehbare Ereignisse und neue Anforderungen einstellen zu können (Böhm 2019, 9). Den GGZ ist dies durch eine agile Unternehmensgestaltung gelungen. In Zeiten der Pandemie war die Konzentration auf unvorhersehbare Ereignisse, die Fähigkeit der permanenten Anpassung, ein offensiver Umgang mit dem Wandel und eine schnelle Umsetzung von Maßnahmen sehr hilfreich. Weiters hat auch die gelebte Kreiskultur im Unternehmen ermöglicht mit der Pandemie besser umzugehen. In einer Kreiskultur wird gemeinsam Verantwortung getragen. Sie beruht auf Gleichwertigkeit, gegenseitigem Verständnis und einer gemeinsamen Suche nach Lösungen. Eine effektive Kommunikation sowie Wertehaltung und Loyalität stehen im Mittelpunkt (Rüther 2010, 112; Dittmar 2011). Agilität und Kreiskultur stehen für eine „Kultur der Gemeinsamkeit“ in diesen besonderen Zeiten (Häusling 2014).

Abbildung 3: COVID-19 in den GGZ: Prozesse und Maßnahmen (eigene Darstellung angelehnt an Uhlmann et al. 2021, 9)



5. Ein gemeinsamer Weg für ein Ziel

Trotz der vollkommen neuen Situation war es der Organisation möglich Prozesse, die normalerweise durch die Qualitätssicherung und das Risikomanagement über einen langen Zeitraum hinweg entwickelt werden, an die neuen Bedürfnisse rasch anzupassen (Schippinger et al. 2020, 421).

5.1 Informationsaustausch und Kommunikationswege

Um allen Mitarbeiter*innen der GGZ relevante Informationen über das Corona-Virus zugänglich zu machen wurde im Intranet der GGZ eine „Corona Infoseite“ durch das Hygieneteam erstellt. Die Seite beinhaltet wichtige Informationen zu Hygiene, Erkrankungsfällen, Verdachtsfällen sowie dem Management von Fortbildungen. Weiters sind verschiedenste COVID-19-relevante Formulare abrufbar sowie Schulungsvideos bezüglich des Umgangs mit Schutzausrüstungen oder Testungen. Um die Mitarbeiter*innen vor einer gegenseitigen Ansteckung zu schützen, wurden außerdem alle Besprechungen als Video- oder Telefonkonferenz abgehalten. Zusätzlich wurde eine Hotline zu dienstrechtlichen, hygienerelevanten und medizinischen Fragen eingerichtet. Eine Helpline des psychologischen

Teams der GGZ bietet zusätzlich Unterstützung für alle Mitarbeiter*innen an (Hermann 2021, 41–43).

5.2 Datenmanagement und Datenerfassung

Um einen Überblick über die unternehmensinterne COVID-19-Situation zu behalten, war ein zentrales Datenmanagement erforderlich. Aus diesem Grund wurde eine spezielle Datenbank eingerichtet, in der alle COVID-19-relevanten Testdaten der gesamten GGZ erfasst und ausgewertet wurden. Durch diese Datenbank war es möglich, Daten über die Anzahl und Lokalisation der COVID-19-Verdachtsfälle, die Anzahl und Lokalisation positiv getesteter Patient*innen, Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen, die Anzahl der ins Krankenhaus transferierten Personen und die Anzahl der sich aufgrund behördlicher Beschlüsse in Quarantäne befindlichen Mitarbeiter*innen zu erlangen. Dadurch konnten fundierte Entscheidungen über notwendige Maßnahmen getroffen werden. Zusätzlich wurden Daten über GGZ-interne Personalverschiebungen, Schlüsselpositionen und Absenzen erhoben und für das Management aufbereitet.

Bereits nach wenigen Wochen wurde zudem daran gearbeitet die Datenerhebung und -aufbereitung in die vorhandenen Informationssysteme (Krankenhausinformationssystem (KIS), Personalinformationssystem (PIS), Managementinformationssystem (MIS)) einzubinden um ein geeignetes Dashboard zur Verfügung zu haben und für kommende Situationen dieser Art gerüstet zu sein (Hohensinner 2021).

5.3 Corona-Stab und Risikoanalyse

Mit Beginn der Corona-Pandemie im März 2020 wurde in den GGZ ein Corona-Stab eingerichtet. In anfänglich täglichen und später dann wöchentlichen Telefonkonferenzen wurden auftretende Probleme im Zusammenhang mit COVID-19 aufgegriffen und strukturiert bearbeitet. Durch einen internen Newsletter wurden alle Mitarbeiter*innen kontinuierlich über wichtige Entscheidungen des Stabes informiert (Hermann 2021, 42). Mittels regelmäßiger Risikobewertungen in der ASK und in den Pflegeheimen wurden das COVID-19-Präventionskonzept sowie die Schutz- und Hygienemaßnahmen evaluiert (Uhlmann et al. 2021, 99).

5.4 COVID-19-Impfung

Für die Durchführung der COVID-19-Schutzimpfung bei Mitarbeiter*innen der GGZ wurde ein Impfzentrum eingerichtet. Um einen effizienten Betrieb des Impfzentrums zu gewährleisten (Bsp.: Verfügbarkeit der notwendigen Anzahl an Impfdosen) hatten die Mitarbeiter*innen die Verpflichtung sich über das Intranet zu einem der acht Impftermine anzumelden. Durch das Terminmanagement und der Konzeption des Ablaufes der Impfungen im Impfzentrum war die Einhaltung der COVID-19-Präventionsmaßnahmen zu jeder Zeit sichergestellt. Auch für die Patient*innen und Bewohner*innen der GGZ werden laufend Impfungen angeboten (Knausz 2020, 3).

Seit Mai 2021 haben Mitarbeiter*innen ohne Impfung die Möglichkeit herauszufinden, ob in der Vergangenheit eine COVID-19-Infektion gegeben war. Dafür werden Antikörper-Test zur Selbsttestung angeboten (Langmann 2021).

6. Schlussfolgerung und Ausblick

Ereignisse wie die COVID-19-Pandemie sind schwer vorhersehbar oder beeinflussbar. Die Pandemie hat aufgezeigt, dass Infektionskrankheiten nicht überwunden sind, sondern auch in Zukunft eine sich schnell wandelnde Herausforderung darstellen können. Das oberste Ziel der GGZ war es, in dieser unsicheren und dynamischen Zeit ein sicheres Umfeld für die Patient*innen, Bewohner*innen, Angehörigen und Mitarbeiter*innen zu schaffen. Durch eine agile Denkweise und mit einer gemeinsam getragenen Verantwortung und einem großen Zusammenhalt ist es dem Unternehmen gelungen die Krise bis zum derzeitigen Zeitpunkt bestmöglich zu meistern. Die gesetzten Maßnahmen wurden gemeinsam getragen und es wurden viele entscheidende Schritte vorwärts unternommen, die über die Pandemie hinaus relevant sein werden. Für die Zukunft ist die GGZ gefordert ihr agiles Arbeiten bewusst und systematisch weiterzuentwickeln um für zukünftige Herausforderungen stets gewappnet zu sein.

Literatur

- Böhm, Janko: Erfolgsfaktor Agilität. Warum Scrum und Kanban zu zufriedenen Mitarbeitern und erfolgreichen Kunden führen, Wiesbaden: Springer Fachmedien 2019.
- Dittmar, Vivian: Kreiskultur und Kommunikation. Grundform nachhaltiger Sozialstrukturen und Organisationsformen (2011), <https://viviandittmar.net/wp-content/uploads/kreiskultur-kommunikation.pdf> [abgerufen am 05.05.2021].
- Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz: Wie schützen wir die Schutzbedürftigsten in der Corona-Krise? (2020), <https://ggz.graz.at/de/Aktuelles/Presse/Wie-schuetzen-wir-die-Schutzbeduerftigsten-in-der-Corona-Krise> [abgerufen am 03.05.2021].
- Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz: Selbst- und Abteilungstests 2021, <https://mitarbeiter.graz.at/sites/ggz/SitePages/Homepage.aspx> [abgerufen am 01.05.2021].
- Halek, Margareta/Reuther, Sven/Schmidt, Jörg: Herausforderungen für die pflegerische Versorgung in der stationären Altenhilfe, in: Fortschritte der Medizin, 162/9 (2020) 51–53.
- Hammer-Maier, Stefan: Nicht allein gelassen. Lockdown und Demenz, in: Geriatrie heute. Magazin der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz (2021) 3–12.
- Häusling, André: Die Relevanz agiler Personal- und Führungsinstrumente. Agile Führung als entscheidende Erfolgskomponente (2014), https://www.sigs-datcom.de/uploads/tx_dmjournals/Haeusling_OS_Agility_14.pdf [abgerufen am 05.05.2021].
- Hermann, Brigitte: GGZ während der COVID-19-Pandemie, in: Geriatrie heute. Magazin der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz (2021) 41–43.
- Hofmacher, Maria/Singhuber, Christopher: Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme in Zeiten von COVID-19, in: Health System Intelligence (2020) 1–102.
- Hohensinner, Hartmann-Jörg: COVID-19 Testdaten. Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz 2021 [eigene Mitschrift].
- Hohensinner, Hartmann-Jörg/Peyker, Christina: Ein Blick in den Pflegealltag am Department Franz-Gerstenbrand der Albert Schweitzer Klinik Graz in: Schaupp, Walter/Kröll, Wolfgang (Hrsg.): Spannungsfeld Pflege – Herausforderungen in klinischen und außerklinischen Settings, Baden-Baden: Nomos Verlag, 2020, 71–89.
- Kessler, Claudia/Guggenbühl, Lisa: Auswirkungen der Corona-Pandemie auf gesundheitsbezogene Belastungen und Ressourcen der Bevölkerung (2021), https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/arbeitspapiere/Arbeitspapier_052_GFCH_2021-01_-_Auswirkungen_der_Corona-Pandemie.pdf [abgerufen am 28.03.2021].
- Knausz, Iris: Organisationsrichtlinie Ablauforganisation COVID 19-Impfzentrum ASK, Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz (2020) 1–7.

- Knausz, Iris/Schmid, Marianne/Wiesinger, Tatjana/Pux Christian: Organisationsrichtlinie Ablauforganisation Mitarbeiter-Screening SARS-CoV-2 in der ASK, Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz (2021) 1–5.
- Kricheldorf, Cornelia: Gesundheitsversorgung und Pflege für ältere Menschen in der Zukunft. Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 3 (2020) 742–748.
- Langmann, Daniela: Sondernewsletter Mai 2021, Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz 2021.
- Leinich, Bernd: Vorwort, in: Geriatrie heute. Magazin der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz (2021) 9.
- Pirstinger, Kerstin/Pojer, Martina/Sallegger, Andrea: COVID-19 Handbuch und Präventionskonzept Pflegewohnheime, Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz 2020, in: <https://mitarbeiter.graz.at/sites/ggz/Hygiene/Dokumente%20%20COVID19/Handbuch%20und%20Pr%C3%A4ventionskonzept%20PWH.pdf> [abgerufen am 06.04.2021].
- Pojer, Martina: Testungen PWH BewohnerInnen und MitarbeiterInnen, Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz (2021) 2–3.
- Pollak, Markus/Kowarz, Nikolaus/Partheymüller, Julia: Chronologie zur Corona-Krise in Österreich – Teil 1: Vorgeschichte, der Weg in den Lockdown, die akute Phase und wirtschaftliche Folgen, <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog51/> [abgerufen am 30.03.2021].
- Pux, Christian/Uhlmann Michael/Knausz Iris: Gesundheitsselbstüberprüfung Personal GGZ, Geriatrische Gesundheitszentren 2020, 1, <https://mitarbeiter.graz.at/sites/ggz/Hygiene/Dokumente%20%20COVID19/Gesundheitsselbst%C3%BCberpr%C3%BCfung.pdf> [abgerufen am 08.04.2021].
- Rüther, Christian: Soziokratie. Ein Organisationsmodell. Grundlagen, Methoden und Praxis, o. O. 2010, 10–268 [Masterthesis Internet Universität].
- Sailer-Kronlechner, Mona: COVID-19 und die Besonderheiten geriatrischer Patienten, in: Geriatrie heute. Magazin der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz (2021) 39–40.
- Schaller, Eva Maria: Herausforderung Pandemie und Angehörige, in: Geriatrie heute. Magazin der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz (2021) 82–83.
- Schippinger, Walter/Pichler, Gerald/ Hohensinner, Hartmann-Jörg/Thonhofer, Anika/Gubisch, Karin: Der Umgang mit COVID-19 in einer Sonderkrankeanstalt. Erfahrungen der Albert-Schweitzer-Klinik als Teil der Geriatrischen Gesundheitszentren Graz (GGZ) in: Kröll, Wolfgang/Platzer, Johann/Ruckenbauer, Hans-Walter/Schapp, Walter (Hrsg.): Die Corona-Pandemie. Ethische, gesellschaftliche und theologische Reflexionen einer Krise, Baden-Baden: Nomos Verlag, 2020, 407–422.
- Schmid, Marianne/Pux Christian/Wiesinger Tatjana: Organisationsrichtlinie SARS-CoV2-Testung Pat. und MA Albert Schweitzer Klinik, 6. Aktualisierte Auflage, Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz 2021, 1–3.

- Schwarz, Irene: Helfen ist Herzenssache. Das „Corona“-Jahr, in: Geriatrie heute. Magazin der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz, (2021) 122–125.
- Tscherne, Anita: Human Resources Management – Personalentwicklungskonzept „Lebensphasenorientierte Unternehmensführung“, Geriatrie heute. Magazin der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz (2014) 1–15.
- Uhlmann, Michael/Pirstinger, Kerstin/Höhn, Martina: COVID-19: Ein Ziel – ein gemeinsamer Weg, in: Geriatrie heute. Magazin der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz (2021) 99.

Das Virus und die Schulden. Die wirtschaftliche Verantwortung des Staates in seltsamen Zeiten und darüber hinaus

Georg Tafner

Der Beitrag geht der Frage nach, welche wirtschaftliche Verantwortung der Staat beim Schuldenmachen übernimmt und welche wirtschaftlichen und rechtlichen Dimensionen bedacht werden sollten. Das sind fachliche und normative Fragen, die im Kontext der Pandemie von besonderer Bedeutung sind. Die „aktuellen rigorosen, massiv und flächendeckend freiheitsbeschränkenden staatlichen Maßnahmen“¹ sind notwendig, führen aber zu vielen Konflikten, die auch finanzieller Natur sind. Die Frage der Staatsverschuldung und damit die Frage der wirtschaftlichen Verantwortung des Staates wird abhängig vom Gesellschafts- und Wirtschaftsverständnis unterschiedlich beantwortet. Der Beitrag möchte einige wesentliche Aspekte aufgreifen und zum Nachdenken über vermeintliche Selbstverständlichkeiten anregen.

1. Staat und Verantwortung

Der Staat besteht – so Georg Jellinek² – aus einem Staatsvolk, einem Territorium und einer Staatsmacht. Im 21. Jahrhundert steht er auf vier Standbeinen:³ 1) Er ist ein Verwaltungs- und Steuerstaat. 2) Er ist ein Territorialstaat, der als Mitgliedstaat der EU Teile seiner Souveränität abgibt oder teilt. 3) Er ist ein Nationalstaat, der in der EU in eine *postnationale Konstellation* eingebunden, an einer *Multi-Level-Governance* teilnimmt. 4) Er ist ein Rechts- und Sozialstaat, dessen Basis die Grund- und Menschenrechte und die demokratischen Grundhaltungen seiner Bürger*innen sind, die er nicht verordnen kann, sondern auf die er verlässlich zurückgreifen können muss. Der Staat baut also auf Voraussetzungen, die er selbst nicht

1 Deutscher Ethikrat, Solidarität und Verantwortung, 2.

2 Vgl. Jellinek, Die Erklärung der Menschen- und Bürgerrechte.

3 Vgl. Habermas, Postnationale Konstellation.

schaffen kann (*Böckenförde-Theorem*). So wie der Staat lebt auch die Wirtschaft von Voraussetzungen, die sie selbst nicht produzieren kann.⁴

„Verantwortung lässt sich grundsätzlich definieren als das Entstehen eines Akteurs für die Folgen seiner Handlungen in Relation zu einer geltenden Norm.“⁵ Ein solcher Akteur kann die einzelne Person, aber auch ein Kollektiv wie der Staat sein. Geltende Normen sind Institutionen wie Rechtsvorschriften, Moral und Selbstverständlichkeiten.⁶ Sie sind wesentliche und dauerhafte Regeln, welche unser kollektives und individuelles Leben strukturieren und Leitlinien für unser Handeln sind. Vor dem Gesetz haben wir eine rechtliche Verantwortung in zweierlei Hinsicht: Erstens haben wir die politische Verantwortung, an neuen Gesetzen mitzuarbeiten. Zweitens haben wir die Verpflichtung, demokratisch legitimierte Gesetze auch einzuhalten. Dazu kommt auch eine moralische. Die grundsätzliche Fähigkeit zur Verantwortung

[...] beruht darauf, dass Akteure über einen Grundbestand an ethischen Werten, sozialen Einstellungen und politischen Orientierungen verfügen, die sie in die Lage versetzen, eigenständige Urheber ihrer Handlungen zu sein und sich mit ihren Konsequenzen auseinanderzusetzen.⁷

Da der Mensch ein geistiges und materielles Wesen ist, benötigt er Mittel wie Güter und Dienstleistungen, damit er leben und sich verwirklichen kann. Wenn die Pandemie die Versorgung mit Mitteln erschwert, greift der moderne Staat ein und setzt Maßnahmen, welche finanziert werden müssen.

2. Unterschiedliche Vorstellungen von Wirtschaft

Wie Schulden und insbesondere Staatsschulden bewertet werden, hängt von wirtschaftlichen und wirtschaftspolitischen Vorstellungen ab. Grundsätzlich kann zwischen der lebensweltlichen Ökonomie und der wissenschaftlichen Ökonomik unterschieden werden. Beide beeinflussen sich gegenseitig, denn der Untersuchungsgegenstand der Ökonomik richtet sich nach lebensweltlichen Themen und die lebensweltliche Ökonomie

4 Vgl. Neuhold, Momente der Krise, 25.

5 Heidbrink, Definitionen und Voraussetzungen, 5.

6 Vgl. Scott, Institutions and organizations.

7 Heidbrink, Definitionen und Voraussetzungen, 25.

versucht die Modelle und Theorien der Ökonomik umzusetzen. „Die Ideen von Ökonomen und Philosophen, seien sie richtig oder falsch, sind mächtiger, als gemeinhin angenommen. Tatsächlich wird die Welt nur von wenig mehr beherrscht.“⁸ So wirkt die wissenschaftliche Ökonomik auf die lebensweltliche Ökonomie – also auf unser wirtschaftliches Denken und damit auf unsere Vorstellungen von Wirtschaft. Die lebensweltliche Vorstellung von Wirtschaft hängt darüber hinaus von der eigenen Weltanschauung, dem eigenen sozioökonomischen Status, der Situation und der eigenen Perspektive ab. So wird ein vermögender Mensch anders über Wirtschaft denken als ein Arbeitsloser, ein Unternehmer anders als eine Arbeitnehmerin, eine Gewerkschafterin anders als ein Unternehmensvertreter. Es gibt also unterschiedliche ökonomische Theorien einerseits und unterschiedliche lebensweltliche Sichtweisen auf Wirtschaft andererseits – Wirtschaft und Wirtschaften sind somit plural.⁹ Aber es herrscht ein *Mainstream* vor.

*2.1 Der *Mainstream**

Im *Mainstream* der Ökonomik wird Wirtschaften als eine Methode verstanden, welche Wirtschaften als ein zweckrationales Handeln versteht, um Alternativen anhand der Relation von Zweck und Ziel zu berechnen.¹⁰ Zwecke (Output) und Mittel (Input) sind dann effizient, wenn entweder bei gegebenem Output der minimalste Input oder bei gegebenem Input der maximalste Output erzielt wird. Dieses ökonomische Prinzip führt zur Eigennutzmaximierung im Sinne der Nutzen- und Gewinnmaximierung. Ökonom*innen sind sich bewusst, dass es noch weitere Kriterien gibt, die das wirtschaftliche Handeln mitbestimmen.¹¹

Wird das ökonomische Prinzip zur Erklärung menschlichen Verhaltens schlechthin – wie dies bei Gary Becker¹² der Fall ist –, dann tut sich eine

8 Keynes, *General Theory of Employment*, 383.

9 Vgl. Tafner, *Pluralismus*, erscheint 2021.

10 Vgl. Robbins, *Essay*, 16.

11 „Natürlich ist sich die ökonomisch zentrierte Betriebswirtschaftslehre der Einseitigkeit ihres Vorgehens bewusst. Natürlich weiß der Ökonom um die technischen, medizinischen, psychologischen oder sozialen Implikationen betrieblichen Handelns. Die wissenschaftliche Durchdringung dieser Tatbestände überlässt er aber seinen Kollegen aus den Nachbarwissenschaften, weil er diesen höhere Fachkompetenz zubilligt.“ Wöhe/Döring, *Allgemeine Betriebswirtschaftslehre*, 8.

12 Vgl. Becker, *Der ökonomische Ansatz*.

ökonomistische Perspektive auf. Diese Vorstellung kann sich mit einer dualistischen marktfundamentalen Vorstellung verbinden: Auf der einen Seite *der* Markt, der für Wirtschaft steht und auf der anderen Seite der *Nicht*-Markt. Dem Markt werden positive Eigenschaften wie Freiheit, Effizienz, Produktivität und Innovation zugeschrieben, Dem Nicht-Markt die negativen Gegenteile. Diese binäre Codierung wird normativ aufgeladen: der ‚gute Markt‘ versus dem ‚bösen Nicht-Markt‘. Aber: *Den* Markt in der Einzahl gibt es nicht. Es gibt unterschiedliche Märkte. Vielmehr ist *der* Markt eine Idee, eine Annahme und Norm. Die ‚Gesetze‘ und ‚Logik‘, die ihm unterstellt werden, sind keine naturwissenschaftlichen. Der Staat ist der negativ aufgeladene Nicht-Markt und dem Markt gegenübergestellt. Deshalb solle der Staat sich auf die Rahmenordnungen zurückziehen, aber nicht in die Wirtschaft eingreifen. Deshalb seien auch Staatsausgaben zurückzunehmen und schon aus diesem Grund Staatsverschuldungen abzulehnen.¹³

Seit den 1980er Jahren hat das neoklassische Denken als wirtschaftswissenschaftliche Legitimierung des Wirtschaftsliberalismus in der Wirtschaftspolitik stark zugenommen. Die Neoklassik entstand am Ende des 19. Jahrhunderts und versucht die Ökonomik deduktiv mit allgemeingültigen Aussagen zu beschreiben. Dabei geht sie von einem methodologischen Individualismus aus und beschreibt die wirtschaftlichen Akteure als *Homo oeconomicus*, der rein zweckrational zum eigenen Vorteil, also im Sinne der Nutzen- und Gewinnmaximierung, handelt. Dies führte zu Privatisierungen, Zurücknahme des staatlichen Eingreifens, der Deregulierung und Ausweitung des Finanzmarktes sowie zu einem Zurückdrängen von Gewerkschaften und Sozialpartnern.¹⁴ In Europa habe sich – so Schulmeister – „der ‚neoliberale Smog‘ in den Köpfen der Eliten besonders stark ausgebreitet“¹⁵, was im Konnex zu Keynes Zitat (siehe oben), enorme Auswirkungen auf den öffentlichen Diskurs zeitigte. Wer anders denkt, gilt als Linker oder wirtschaftlich Unkundiger.¹⁶

13 Vgl. Ötsch, *Mythos Markt*, 26–46.; Mazzucato, *Wie kommt der Wert in die Welt?*, 96–108, 122–128.

14 Vgl. Schulmeister, *Die große Krise*, 19.

15 Schulmeister, *Mitten in der großen Krise*, 19.

16 Dabei wird u.a. übersehen, dass gerade die katholische Soziallehre sich immer zwischen planwirtschaftlichen und wirtschaftsliberalen Ideen positioniert hat. Empfehlenswert dazu: Nell-Breuning, *Kapitalismus*; Nell-Breuning, *Gerechtigkeit und Schulmeister, Neoliberalismus*.

2.2 Heterodoxe Ökonomik und Sozioökonomik

Ohne Staat gibt es keine Märkte, keine Institutionen und keinen Schiedsrichter. Der Staat muss für Regeln sorgen, welche erst die Märkte ermöglichen.¹⁷ Das Eingreifen des Staates führt zu Umverteilung und Investitionen, die ansonsten nicht getätigt werden, und sorgt für Wertschöpfung.¹⁸ Die Pandemie zeigt auf drastische Weise, wie sehr Gesellschaft und Wirtschaft vom Staat abhängig sind und weiters, was die Einbettung der Wirtschaft in Gesellschaft und Natur tatsächlich bedeuten kann.

Neben dem Mainstream gibt es heute eine große Anzahl von sogenannten heterodoxen Zugängen.¹⁹ Ökonom*innen dieser Theorien bezweifeln – in unterschiedlichen Ausprägungen – die Wirkmacht der Märkte und stellen Fragen zu Effizienz und Gerechtigkeit. Zwei dieser heterodoxen Theorien werden in Kapitel 5 im Kontext der Schulden aufgegriffen.

Die sozioökonomische Perspektive versteht Wirtschaften nicht nur auf Märkte eingegrenzt, sondern als Versorgen, das auch außerhalb von Märkten stattfindet. Die Ökonomie wird als in Gesellschaft, Kultur und Natur eingebettet verstanden. Das Soziale, Ethische und Politische wird zu Bestandteilen des ökonomischen Handelns, wie Amitai Etzioni in seinem Werk *The Moral Dimension* ausführt. Neben den intraökonomischen Faktoren sind auch die außerökonomischen relevant: „Much of what is occurring within the economy is best explained by attributes and processes that occur outside of it.“²⁰ Er beschreibt mit seinem *I&We Paradigm*, dass der Mensch nicht nur auf sein Eigeninteresse sieht, sondern auch moralischen Ansprüchen gerecht werden möchte, eine Einsicht, die auch heute Gültigkeit hat: „Nur wenn das marktwirtschaftliche ‚Individualprinzip‘ des persönlichen Vorteilsstrebens durch ein durchdachtes ‚Sozial- und Humanitätsprinzip‘ ausgeglichen wird, können freiheitliche Staaten gelingen“²¹.

In der Öffentlichkeit scheinen weder die sozioökonomische Perspektive noch andere Sidestreams wahrgenommen zu werden – selbst Studierenden

17 Vgl. Lavoie, *Post-Keynesian Economics*, 12.

18 Vgl. Mazzucato, *Wie kommt der Wert in die Welt?*, 249–345. Sie zeigt auf, wie unterbelichtet die Rolle des Staates bei Innovationen eigentlich ist und wie wenig die kollektive Rolle und seine Wertschöpfung wahrgenommen werden.

19 Einen guten Überblick gibt die Website www.exploring-economics.org.

20 Etzioni, *The Moral Dimension*, 40.

21 Precht, *Von der Pflicht*, 141.

sind diese Zugänge kaum bekannt.²² Das wirtschaftliche Denken ist vom Mainstream bestimmt.

3. Aktuelle wirtschaftliche Herausforderung: Schulden, Rezession und Arbeitslosigkeit in Zahlen

Die Wirtschaft schlitterte aufgrund der Pandemie-Maßnahmen in eine Rezession, das Budgetdefizit und die Arbeitslosenzahlen nahmen zu (Abb. 1). Die Staatsschulden stiegen auf 83,9 Prozent des BIP (siehe Abb. 2).²³ Die Wirtschaftsleistung (reales BIP) ging 2020 um 6,6 Prozent zurück. Damit fiel sie stärker als zur Finanzkrise im Jahr 2009 (-3,8 Prozent). Die nationale Arbeitslosenquote stieg auf 9,9 Prozent an. Höhere Werte konnten durch Kurzarbeit verhindert und das Einkommen gestützt werden. Dennoch ging der Konsum zurück und erhöhte die Sparquote auf 14,5 Prozent.²⁴ Die Staatsausgaben führten zu einem Budgetdefizit in der Höhe von 8,9 Prozent des BIP.

Das WIFO berechnete zwei Szenarios für die Weiterentwicklung: „Im Öffnungsszenario wächst das BIP 2021 um 2¼ % und 2022 um 4¼ % (1½ % bzw. 4¾ % im Lockdown-Szenario)“²⁵. Demnach würde die Arbeitslosenquote

[...] erst 2025 wieder das Vorkrisenniveau von 7,5 % erreichen. Das Budgetdefizit beträgt im Öffnungsszenario 2021 7,1 % und sinkt bis 2025 auf 2,5 % (Lockdown-Szenario 2021: 7,7 %, 2025: 2,8 %). Die Staatsschuldenquote betrug 2020 84 % und wird bis 2025 auf voraussichtlich rund 86 % ansteigen.²⁶

22 Vgl. Schweitzer-Krah/Engartner, Die Pluralismusdebatte der Ökonomik aus Studierendensicht.

23 Vgl. Statistik Austria, Website.

24 Vgl. Baumgartner et al., Stärkster BIP-Einbruch seit 1945, 298–303.

25 Baumgartner/Kaniovski: Update der mittelfristigen Prognose, 282.

26 Baumgartner/Kaniovski: Update der mittelfristigen Prognose, 282.

Abb. 1: Reales Wachstum, Arbeitslosenquote und Budgetdefizit in Prozent 1995–2020 (Quelle: Statistik Austria 2021, eigene Darstellung)

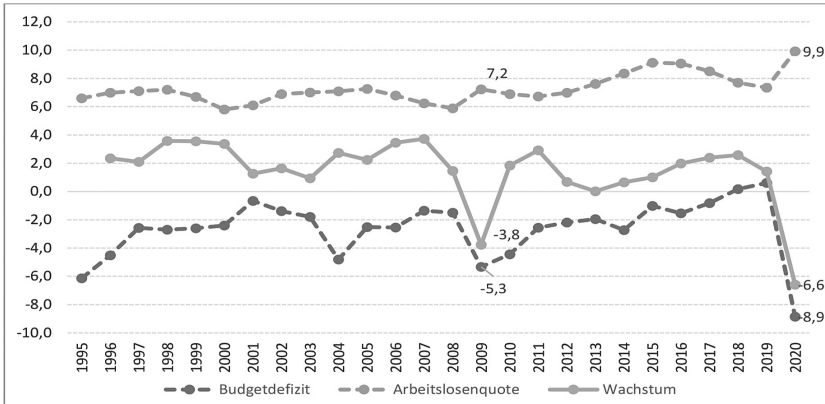
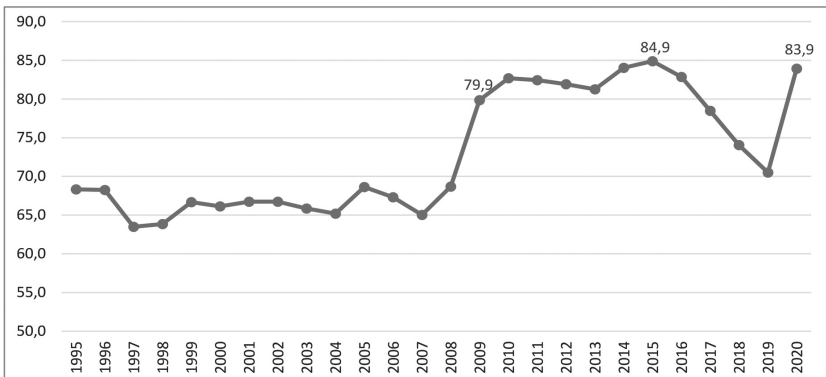


Abb. 2: Staatsverschuldung in Prozent des BIP 1995–2020 (Quelle: Statistik Austria 2021, eigene Darstellung)



In den westlichen Industrieländern lag die Verschuldungsquote in den 1970er Jahren unter 40 Prozent, stieg in den 1990er Jahren auf 70 Prozent und nach der Finanzkrise auf ca. 100 Prozent an.²⁷ Die Pandemie wird einen weiteren Schub bringen, für Griechenland wird die Quote auf 207,2

27 Vgl. Haffert, Freiheit von Schulden, 15.

Prozent, für Italien auf 159,6 Prozent, und für Portugal auf 135,2 Prozent für das Jahr 2020 geschätzt.²⁸

4 Wie kommt das Geld in die Welt? Durch Schulden!

„Wie entsteht Geld?“ werden Wirtschaftsakteure im Film *Oeconomia* von Carmen Losmann gefragt und sie sind ob dieser Frage irritiert. Wenn wir an Geld denken, dann kommen uns meist Banknoten in den Sinn und damit auch die Vorstellungen von einem bestimmten Geldbestand. Banknoten machen nur ca. zehn Prozent der Geldmenge aus. 90 Prozent sind Giralgeld, also Buchgeld auf Konten. Banknoten darf nur die Zentralbank drucken und ausgeben. Sie bringt es über die Geschäftsbanken in Umlauf. Wenn diese Banken Bargeld benötigen, dann nehmen sie einen Kredit bei der Zentralbank auf – machen also Schulden – und geben Wertpapiere als Sicherstellung. Sie erhalten Bargeld (Vermögen) und gehen dafür eine Schuld ein. Für die Zentralbank ist das Bargeld eine Schuld, die Wertpapiere sind Vermögen. Neben dem Bargeld benötigen die Geschäftsbanken auch Reserven in Form von Buchgeld von der Zentralbank. Auch das erhalten sie durch Kredite bei der Zentralbank. Diese Reserven zählen nicht zur Geldmenge und werden für Zahlungen zwischen den Geschäftsbanken untereinander und mit der Zentralbank verwendet. Neun Zehntel der Geldmenge schöpfen die Geschäftsbanken durch Vergabe von Krediten. Schulden tragen also unser Geldsystem. Das bedeutet, dass Staatsschulden auch unser Geldvermögen erhöhen.

4.1 Der Zusammenhang von Schulden und Giralgeldschöpfung

Wenn Kredit bei Geschäftsbanken aufgenommen wird, dann werden nicht – wie oftmals falsch dargestellt – Spareinlagen an die Kreditnehmer weitergegeben. Vielmehr entsteht bei der Kreditaufnahme neues Geld, das aus dem Nichts geschaffen wird. Es entstehen gleichzeitig eine Forderung und Verbindlichkeit. Die Bank verbucht eine Kreditforderung als Vermögenswert und gleichzeitig eine Einlage als Schuld der Bank gegenüber der Kundschaft. Der Vorgang der Geldschöpfung ist nichts anderes als das Eintippen von Zahlen in einen Computer, einmal als Forderung, einmal als Verbindlichkeit.

28 Vgl. European Commission, Autumn 2020 Economic Forecast.

Eine Bank muss innerhalb des Euroraumes für einen Kredit eine Mindestreserve im Ausmaß von lediglich ein Prozent bei der Zentralbank halten. Zusätzlich muss sie beachten, dass sie alle Eigenkapitalvoraussetzungen nach Basel III einhält. Darüber hinaus verlangt die Bank Sicherheiten für den Kredit. Alles andere ist *Fiat Money*, also Geld, das aus dem Nichts geschöpft wird. Es macht also einen Unterschied, ob jemand privat bei einem Freund Geld ausleiht, oder bei der Bank. Der Freund gibt tatsächlich Erspartes weiter, die Bank jedoch schöpft aus dem Nichts. Banklizenzen werden daher sehr sparsam vergeben, weil es den Zentralbanken und Staaten klar ist, dass Banken eine unglaubliche wirtschaftliche Macht haben: Sie bestimmen die Geldschöpfung und das Wirtschaftswachstum.²⁹ Es stellt sich die Frage: Warum erhalten private Banken ein solches Privileg? Aber solche Diskussionen werden bemerkenswerterweise im Allgemeinen nicht geführt.

Wenn Kredite Bankeinlagen produzieren und nicht umgekehrt, dann ist die Vorstellung einer Geldpolitik, bei der die Zentralbank das Geldangebot kontrolliert, dessen Wachstum die Inflation bestimmt und die Banken als reine Finanzintermediäre auftreten (die das Ersparte an Kreditnehmer*innen weitergeben), zu hinterfragen. Es ist also nicht so, wie in vielen Broschüren (auch von Zentralbanken), Schul- und Lehrbüchern dargestellt wurde bzw. wird, dass es zuerst Einlagen benötige, die dann als Kredite an die Kreditnehmer*innen weitergegeben würden. Die Deutsche Bundesbank führt aus: „Tatsächlich wird bei der Kreditvergabe durch eine Bank stets zusätzliches Buchgeld geschaffen.“³⁰ Die Deutsche Bundesbank veränderte ihre Erklärungsmuster, um „deutlich zu machen, dass hinter der Schaffung von Buchgeld durch Geschäftsbanken nicht zwingend die vorherige Einwerbung von Kundeneinlagen stehen muss“. Warum wurde dies immer anders dargestellt? Weil die neoklassische Denkschule vorherrschte? Sollte Sparen als Tugend verstanden werden? Auch die Bank von England gestand nach der Finanzkrise ein, dass Kredite Einlagen schaffen und nicht Einlagen Kredite. Nochmals deutlich gesagt: Schulden schaffen Einlagen, Schulden ermöglichen Konsum und Investition! Schulden ermöglichen Wachstum und Wohlstand.³¹

29 Vgl. Mazzucato, *Wie kommt der Wert in die Welt?*, 159.

30 Deutsche Bundesbank, *Häufig gestellte Fragen*.

31 „In the modern economy, most money takes the form of bank deposits. But how those bank deposits are created is often misunderstood: the principal way is through commercial banks making loans. Whenever a bank makes a loan, it simultaneously creates a matching deposit in the borrower's bank account, thereby creating new money.“ McLeay et al., *Money creation*, 14. Siehe ebenso:

4.2 Die Entstehung von Zentralbankgeld

Damit nun aber die Geschäftsbanken nicht alleine die Geldmenge – über die Nachfrage der Kreditnehmer und -nehmerinnen – in der Hand haben, gibt es nicht nur Giralgeld, sondern auch Zentralbankgeld, das nur von den Zentralbanken geschöpft werden kann. Es besteht aus den Banknoten und den Reserven, die Geschäftsbanken bei der Zentralbank halten. Zur sogenannten *Geldmenge M3*, die für die Messung der Inflation relevant ist, zählen das Giralgeld und die Banknoten sowie Spareinlagen und von Banken ausgegebene Geldanlagen, nicht aber das als Buchgeld vorhandene Zentralbankgeld. Zentralbankgeld dient dem Zahlungsverkehr der Banken untereinander und mit der Zentralbank. Es kann nur von Zentralbanken geschaffen werden. Erhöht sich die Zentralbankgeldmenge, bedeutet das nicht automatisch, dass sich die Geldmenge erhöht.³²

Zentralbankgeld erhalten die Geschäftsbanken bei den Zentralbanken. Das wichtigste Instrument dafür ist das Hauptrefinanzierungsgeschäft. Die Geschäftsbanken borgen sich kurzfristig Zentralbankgeld, geben Wertpapiere als Sicherheiten und zahlen dafür den Leitzins. Banken untereinander bezahlen mit Zentralbankgeld.³³ Die Zentralbank versucht, die Zentralbankgeldmenge durch die Leitzinsen und die Höhe der Mindestreserve zu steuern.

Die monetaristische Sicht des Mainstreams geht von der Quantitätstheorie des Geldes und der Steuerung durch den Leitzins und die Geldmenge aus. Aber die Geldmenge hängt wesentlich von der Kreditnachfrage und damit von der Konjunktur ab.³⁴

5 Staatsschulden

Der Staat hat mehrere Möglichkeiten zur Verschuldung: Er kann sich über die Zentralbank finanzieren (in der EU untersagt), Kredite bei Geschäftsbanken aufnehmen, Staatsanleihen ausgeben oder sich mit Krediten bei multilateralen Institutionen wie dem IWF oder der Weltbank verschulden. Schulden führen zu Zinszahlungen, welche das Budget einschränken. Hö-

Mensching, Verbot der monetären Haushaltsfinanzierung, 339; Deutsche Bundesbank, Geld und Geldpolitik, 78-84.

32 Vgl. Deutsche Bundesbank, Geld und Geldpolitik, 77-85.

33 Vgl. Deutsche Bundesbank, Geld und Geldpolitik, 73-78.

34 Vgl. Mensching, Verbot der monetären Haushaltsfinanzierung, 342; Lavoie, Post-Keynesian Economics, 57-73; Mazzucato, Wie kommt der Wert in die Welt?, 164.

here Schulden bedeuten aber auch mehr Geldschöpfung und damit mehr Handlungsspielraum.

5.1 Verschulden oder Sparen?

In der neoklassischen Lehre wird davon ausgegangen, dass es für das Investieren Ersparnis benötigt. Sparen ist eine Tugend.

Dass Sparen eine Tugend sei, Verschuldung aber eine Sünde, zieht sich als Narrativ durch 5.000 Jahre Verschuldungsgeschichte (Graeber 2011). Keynesianische Fiskalpolitik stellt diese etablierte Norm auf den Kopf und erklärt, in Rezessionen sei Sünde Tugend und Tugend Sünde.³⁵

Die neoklassische Idee: Über den Kapitalmarkt treffen Sparen und Investieren zusammen und der Preis – der Zinssatz – führt dazu, dass Investieren und Sparen im Gleichgewicht sind. Das ist möglich, weil unterstellt wird, dass sowohl Sparen als auch Investieren vom Zinssatz abhängig sind. Keynes hat gezeigt, dass das nicht der Fall ist, denn Sparen ist nur zu einem marginalen Teil vom Zinssatz (der noch dazu wesentlich von der Zentralbank und nicht vom Markt bestimmt wird), sondern überwiegend vom Einkommen abhängig. Nur wenn das Einkommen groß genug ist, kann ein Teil davon gespart werden. Das vom Zinssatz unabhängige Einkommen ist das Ergebnis der Konjunktur, also des gesamtwirtschaftlichen Handelns. Überdies sind Investitionen nicht nur vom Zinssatz, sondern vor allem von Erwartungen abhängig. Somit kann dieser Markt gar nicht so funktionieren. Investieren hängt von den Erwartungen ab und schafft zusätzliches Einkommen, welches dann zum Sparen führen kann. Sparen ist nicht für das Investieren notwendig. Sparen ist vielmehr das Ergebnis des Investierens, aber nicht seine Voraussetzung. Da Sparen Konsumverzicht bedeutet und ein erheblicher Teil des BIP durch Konsumgüterproduktion entsteht, führt Sparen zu Produktionsrückgang. Makroökonomisch ist Sparen daher problematisch. Für eine einzelne Person hingegen kann Sparen sehr wohl sinnvoll sein.

Der Mainstream mahnt Sparpolitik ein, die Staaten sollen Budgetüberschüsse erwirtschaften. Überschüsse haben neben positiven Effekten auch negative, insbesondere handeln Überschussländer weiterhin sehr zurückhaltend, aus Angst wieder Spielraum zu verlieren. Letztlich stehen be-

35 Haffert, Freiheit von Schulden, 89.

stimmte ideologische Vorstellungen hinter den Einsparungen, die sich durch das öffentliche Sparen nicht ändern, denn die Ideologie bleibt nach dem Erreichen des Budgetziels aufrecht. Die gewonnenen Effekte kommen wieder bestimmten Gruppen zugute.³⁶

Dieselben Institutionen, die eine Bewahrung des Überschusses sicherstellen sollen, erschweren auch seine ausgabenseitige Verwendung; dieselben Ideen, die den ausgeglichenen Haushalt zum Fixpunkt verantwortungsvoller Fiskalpolitik erheben, misstrauen auch dem Staat als gestaltendem Akteur in der Wirtschaft; und dieselben Interessen, die von einer restriktiven Fiskalpolitik profitieren, profitieren auch von Steuersenkungen.³⁷

Anders gesagt: Hinter dem Sparen des Staates steht eine bestimmte wirtschaftliche Vorstellung, die sich durch die Erfolge nicht ändert.

5.2 Die Wirkung von Staatsverschuldung

Bereits in der Finanzkrise hat der damalige Leiter des WIFO, Helmut Kramer, ausgeführt, dass der ökonomische Mainstream weder die Krise vorhersehen, noch geeignete Mittel zur Krisenbewältigung bereitstellen konnte. „Der Keynesianismus kommt der Realität der Diagnose und Therapie einer solchen Krise näher als die Neoklassik. [...] Ein Mittel [...] ist die Ausbreitung der öffentlichen Nachfrage.“³⁸ Durch die Verschuldung des Staates wird ein Vermögensaufbau seiner Bürger*innen möglich:

Was in einer Volkswirtschaft jemand einnimmt, muss auch jemand ausgegeben haben. So entsteht bei der Produktion des BIP das Volkseinkommen (Y).³⁹ Es gilt also $BIP = Y$. Es werden Konsumgüter (C) und Investitionsgüter (I)⁴⁰ hergestellt. Daher gilt: $BIP = C + I$. Bei der Produktion entsteht das Y, das für Konsumieren (C) und Sparen (S) verwendet werden kann: $Y = C + S$. Somit gilt: $C + I = C + S$. Es gibt aber auch noch den Staat. Seine Ausgaben (G) erhöhen das BIP und das Einkommen muss

36 Vgl. Haffert, Freiheit von Schulden, 265.

37 Haffert, Freiheit von Schulden, 267.

38 Kramer, Wirtschaftskrise und Wirtschaftswissenschaft, 492.

39 Die Darstellung hier ist etwas vereinfacht. Ausführlicher vgl. z. B. Paetz, Geldtheorie und -politik, 70f.

40 Das sind Maschinen, Werkzeuge, Gebäude etc. Sie werden für die Herstellung von Konsumgütern oder anderen Investitionsgütern verwendet. Unternehmen fragen Investitionsgüter bei anderen Unternehmungen nach.

auch für Steuern (T) verwendet werden: $BIP = C + I + G$ und $Y = C + S + T$. Und daher gilt wiederum: $C + I + G = C + S + T$. Nach der Umformung ergibt sich: $(I-S) + (G-T) = 0$. Eine Gleichung, die ex post immer richtig ist. Erhöht der Staat nun die Ausgaben (G erhöht sich), dann muss im gleichen Ausmaß auch das Sparen steigen, damit die Gleichung stimmt. Übernimmt also der Staat z. B. die Finanzierung für Bildung, so ersparen sich die Bürger*innen diese Ausgaben und können diese sparen.⁴¹

Wenn Haushalte sparen, geht dies für den Konsum verloren. Konsum ist der größte Bestandteil des BIP. Weniger Konsum bedeutet weniger Nachfrage. Haushaltsdefizite entstehen, weil diese Nachfragerlücke durch Sparen erzeugt wird, welche der Staat schließt.

Da diese Nachfragerlücke in guten wie in schlechten wirtschaftlichen Zeiten besteht, erklärt sich die Tatsache, dass der Haushalt des Staates fast immer negativ ist. Von daher ist ein permanentes staatliches Defizit kein pathologisches Symptom, sondern eine makroökonomische Notwendigkeit, sofern das Ziel Vollbeschäftigung verfolgt wird.⁴²

Die neoklassische Lehre geht hingegen davon aus, dass es immer Vollbeschäftigung gibt, denn die freien Märkte geben die richtigen Signale an die Marktteilnehmer, sodass keine Unterbeschäftigung entstehen kann. Immer entspricht das Angebot der Nachfrage bei voller Auslastung. Keynes zeigte jedoch, dass es ein Gleichgewicht bei Unterbeschäftigung gibt, dieses sogar den Normalfall darstellt. Durch Nachfrageerhöhung kann es beseitigt werden. Wenn diese Nachfrage nicht von Privaten geschaffen wird, ist es Aufgabe des Staates, dafür zu sorgen.⁴³

5.3 Die Rolle des Staates

In der Rezession, wenn negative Erwartungen vorherrschen, wird wenig nachgefragt. Hier setzt Keynes an: In der Wirtschaft fragen Haushalte, Unternehmen, der Staat und das Ausland nach. Diese vier Akteure kön-

41 Dieser Effekt stimmt auch, wenn das Ausland mitgedacht wird. Der Export (X) erhöht die Produktion und der Import (M) reduziert das Einkommen. $C+I+G+X = C+S+T+M \rightarrow (I-S) + (G-T) + (X-M) = 0$. Solange Exporte und Importe gleich groß sind, gibt es keinen Unterschied zur Darstellung oben. Wird mehr exportiert, dann steigt dadurch entweder das Steueraufkommen oder das Sparen. Export kann also die Volkswirtschaft finanzieren. Bei Import ist der Effekt gegenläufig.

42 Ehnts, Geld und Kredit, 57.

43 Vgl. Kromphardt, Keynes, 40–50 und 73–106.

nen mit ihrer Nachfrage die Wirtschaft ankurbeln. Wenn aber in einer Rezession die Haushalte nicht über genügend Einkommen verfügen oder es aufgrund negativer Erwartungen nicht ausgeben (also sparen), die Unternehmen ebenso negative Gewinnerwartungen haben und das Ausland dieselben wirtschaftliche Probleme hat, dann bleibt nur der Staat übrig, der über Kreditaufnahme für Nachfrage sorgen kann. Das ist im Kern die Keynesianische Idee: Der Staat greift ein, wenn die anderen Akteure zu wenig nachfragen und damit die gesamtwirtschaftliche Nachfrage zu gering ausfällt. Das sind die Lehren aus der Weltwirtschaftskrise. Und diese Situation ist in der Pandemie gegeben.

Die *Modern Monetary Theory* (MMT) kritisiert die Neoklassik vor allem in drei Punkten: Erstens entsteht Geld durch Kredite aus dem Nichts und nicht durch Weitergabe von Einlagen (siehe oben). Zweitens kann die Zentralbank nur den Leitzins festlegen, aber damit nicht wirklich die Geldmenge beeinflussen, denn die Geldmenge hängt von der Kreditnachfrage ab (siehe oben). Drittens kann ein Staat, der auf die Geldschöpfung der Zentralbank zurückgreift, nicht Bankrott gehen, weil er über seine Zentralbank Geld schöpfen kann, das er über Steuern wieder vernichtet. Diese Schulden des Staates ermöglichen Vermögen bei den Privaten (siehe oben). Schließlich kritisiert die Theorie damit den institutionellen Aufbau der Eurozone, weil sie den Staaten ihre souveräne und privilegierte Geldschöpfung nimmt und sie dadurch Privaten gleichstellt, die sich auf Finanzmärkten finanzieren müssen.⁴⁴ Dass die EU seit der Finanzkrise durch unterschiedliche Konstrukte versucht, diese rechtlichen Einschränkungen zu umgehen, um die Stabilität der Staatsfinanzen zu bewahren, scheint indirekt diese These zu bestätigen.

Die MMT argumentiert, dass in einem Staat, der autonom über seine Geldpolitik entscheidet, Finanzministerium und Zentralbank in Zusammenarbeit Geld schöpfen. „Das heißt aber nicht, dass auch nur irgendeiner von uns [die Vertreter*innen der MMT, Anm. des Autors] generell für höhere Defizite plädiert.“⁴⁵ Vielmehr gehe es – so Ehnts – um ein Analyseinstrument, das neue Einblicke in das Geldsystem bringe.

Der Staat, welcher das Währungsmonopol hat, kann das Geldsystem durch das Zentralbankgeld steuern. Wenn der Staat Geld ausgibt, dann tut er dies im wahrsten Sinne des Wortes: Die Zentralbank in Kooperation mit dem Finanzministerium erzeugt Zentralbankgeld, das durch Staatsausgaben in das Bankensystem gelangt. Durch Steuern wird dem System

44 Vgl. Freitag, *Modern Monetary Theory*.

45 Häring, *Modern Monetary Theory*.

wieder Geld entzogen und Inflation bekämpft. Es sind also Staatsanleihen, Steuern und Staatsausgaben, welche den Wert des Geldes bestimmen. Auch wenn die MMT meint, erklären zu können, warum die Staatsschulden ständig steigen und dennoch die Inflation nicht, wird sie von Mainstream-Ökonom*innen heftig abgelehnt.⁴⁶

Die MMT argumentiert, dass in einem souveränen Währungssystem die staatlichen Ausgaben die Voraussetzung sind, damit Steuern bezahlt werden und nicht dass Steuern notwendig sind, um Staatsausgaben zu finanzieren! „Staatliche Ausgaben sind die Bedingungen für Steuerzahlungen, aber nicht andersherum.“⁴⁷ Nicht die Steuerzahler*innen, sondern der Staat finanziert die Ausgaben. „Der Ausgabenanstieg führte zu einer höheren Staatsverschuldung, aber nicht zu neuen Steuern oder höheren Steuersätzen.“⁴⁸ Demnach ergebe – so Ehnts⁴⁹ – die Frage, wer die Covid-19-Maßnahmen finanzieren solle, keinen Sinn, denn der Staat habe die Ausgaben bereits getätigt. Damit sind Geldwerte und Einkommen entstanden, die durch Steuern wieder entzogen werden.

5.4 Verschuldung in der EU

Anders sieht das in der EU aus: Vier Normen sind für die EU im Kontext ihrer Wirtschaftspolitik grundlegend:⁵⁰ 1) Das Nicht-Beistandsgebot (Artikel 125 AEUV) besagt, dass kein Staat für die Schulden eines anderen haftet. 2) Das Verbot der monetären Staatsfinanzierung (Artikel 123 AEUV) untersagt die Finanzierung über die EZB und die Zentralbanken. „Die früher verbreitete (privilegierte) Refinanzierung der öffentlichen Hand durch die nationalen Zentralbanken ist [...] untersagt.“⁵¹ 3) Verfahren im Geiste der Solidarität sind bei gravierenden Schwierigkeiten möglich (Artikel 122). 4) Nach Artikel 136 III (AEUV), eingeführt zur Bewältigung der Finanzkrise, können die Mitgliedstaaten der Eurozone „einen Stabilitätsmechanismus einrichten, der aktiviert wird, wenn dies unabdingbar ist, um die Stabilität des Euro-Währungsgebiets insgesamt zu wahren“.

Es gilt also das Verbot der monetären Haushaltsfinanzierung. Will ein Staat sich finanzieren, muss er wie ein Unternehmen auf den Finanzmarkt.

46 Vgl. Freitag, *Modern Monetary Theory*.

47 Ehnts, *Geld und Kredit*, 83.

48 Ehnts, *Geld und Kredit*, 84.

49 Vgl. Ehnts, *Geld und Kredit*, 84.

50 Vgl. Meyer, *Next Generation EU*, 19.

51 Geiger et al., *EUV/AEUV*, 520.

Die Idee dahinter: Die Mitgliedsstaaten sollen sich nicht zu sehr verschulden können und keiner von ihnen soll die Zentralbankgeldmenge und Giralgeldmenge von sich aus erhöhen dürfen. Die Sorge dahinter ist eine mögliche Inflation durch zu viel Geld im Umlauf. Wenn aber Staaten in finanzieller Bedrängnis sind, stellt sich die Frage, wie sie sich finanziell überhaupt helfen können, wenn die Zentralbank nicht als *Lender of Last Resort* auftreten darf. Wie gehen Staaten vor, die Nachfrage schaffen wollen, um die Wirtschaft anzukurbeln? Es stehen trotz des Verbots der monetären Haushaltsfinanzierung Möglichkeiten offen, Geld zu schöpfen:⁵²

- 1) Staaten können – wie alle anderen Akteur*innen auch – Kredite bei Geschäftsbanken aufnehmen. Dadurch erhöht sich durch Geldschöpfung die Giralgeldmenge.
- 2) Sie können Staatsanleihen am Finanzmarkt emittieren, die an große Banken verkauft werden. Diese Zahlungen laufen entweder über Girokonten oder Zentralbankkonten, das ist von Staat zu Staat unterschiedlich.
 - 2a) Wenn es sich um Girokonten handelt, dann wird neues Giralgeld geschöpft. Der Staat bekommt Geld, das es vorher nicht gab. Es wurde also Geld geschöpft.
 - 2b) Müssen die Banken mit Zentralbankgeld bezahlen, läuft die Sache umständlicher ab, führt aber zum selben Ergebnis. Zentralbankgeld ist ein Vermögenswert der Bank. Bezahlt die Bank nun mit Zentralbankgeld, dann bekommt sie dafür ein neues Vermögen, nämlich die Staatsanleihen. Es erfolgte also ein Vermögenstausch – die Bank ist weder ärmer noch reicher geworden. Für das ausgegebene Zentralbankgeld hat sie jetzt die Staatsanleihen erhalten. Der Staat aber verwendet das ausbezahlte Zentralbankgeld für seine Staatsausgaben und dieses fließt den Banken für juristische und natürliche Personen (Kundschaft der Banken) wieder zu. Jetzt kommt es zu einer Bilanzverlängerung bei den Banken und sie haben nun mehr Zentralbankgeld als Vermögen zur Verfügung und gleichzeitig entstehen auf der Passiva das Guthaben jener Personen, welche Zahlungen empfangen haben – es wurde jetzt über einen Umweg auch Giralgeld geschöpft. Auch über den Verkauf von Staatsanleihen steigt die Geldmenge.

Diese Punkte zeigen etwas ganz Wesentliches auf: Trotz des Verbotes nach Artikel 123 können die Staaten der Eurozone Geld schöpfen. „Das Ver-

52 Vgl. Mensching, Verbot der monetären Haushaltsfinanzierung, 342.

bot der monetären Haushaltsfinanzierung lässt sich folglich nicht damit begründen, dass auf diese Weise eine Schöpfung neuer Zahlungsmittel bei der Finanzierung staatlicher Defizite unterbunden werden könne.⁵³ Selbst in der EU können die Staaten über die Zentralbanken Geld schöpfen.

Kurzum: Staaten können sich immer finanzieren, auch innerhalb der EU, trotz Verbot der Haushaltsfinanzierung. Es wird klar, warum es den Stabilitätspakt gibt, der darauf abzielt, dass die Staatsschulden nicht höher als 60 Prozent des BIP und das Budgetdefizit nicht höher als drei Prozent des BIP sein dürfen. Er liefert auf Basis von Artikel 126 eine Verschuldungsbremse und paradoxerweise soll dies für Stabilität und Wachstum sorgen. Aber gerade der Stabilitätspakt verunmöglicht in Rezessionen das Wachstum, weil dem einzigen verbleibenden Akteur, der für Nachfrage sorgen könnte – dem Staat – diese Möglichkeit genommen worden ist. So fehlt dann diese Nachfrage. Das bedeutet Arbeitslosigkeit, schlecht ausgestattete Krankenhäuser, veraltete Infrastruktur, fehlende Investitionen in grüne Technologie etc. So fordert auch der EU-Kommissar Johannes Hahn eine Reform des Stabilitätspakts, denn es sei

nicht mehr zielführend, allen Ländern gleichzeitig ständig vorzuhalten, dass sie sich an eine Obergrenze bei der Gesamtverschuldung von 60 % des BIP halten müssen. [...] Insbesondere hochverschuldete Länder sollten zunächst nicht nur auf Schuldenabbau fokussieren müssen, sie brauchen auch ausreichende Mittel für staatliche Investitionen, die dann über höheres Wirtschaftswachstum zu mehr Einnahmen und einer Verringerung der Schuldenlast führen.⁵⁴

5.5 Pandemie und Verschuldung in der EU

Durch das *Pandemic Emergency Purchase Programm (PEPP)*, bei dem Staatsanleihen aufgekauft und damit Zentralbankgeld ausgegeben wird, kann die EZB auch die Zahlungsfähigkeit sicherstellen.⁵⁵

Im neuen Finanzrahmen der EU (2021 bis 2027) ist ein Sonderhaushalt *Next Generation EU (NGEU)* auf Basis von Artikel 122 AEUV vorgesehen, der einen Strukturbruch in Richtung Fiskalunion bedeutet. Für die bisherigen Krisen hat die EU unterschiedliche Rettungsschirme installiert, u. a.

53 Mensching, Verbot der monetären Haushaltsfinanzierung, 342f.

54 Hahn, für Aufweichung der Grenze von 60 Prozent.

55 Vgl. Deutsche Bundesbank, Geld und Geldpolitik, 189.

den Europäischen Stabilitätsmechanismus (ESM), der eine internationale Finanzinstitution eigener Rechtspersönlichkeit ist. Die NGEU hilft jenen Staaten, die ernsthafte Schwierigkeiten bei der Finanzierung über den Kapitalmarkt bekommen könnten. Erstmals nimmt die EU Kredite auf (750 Mrd. Euro), die auf dem EU-Haushalt gründen, zu deren Tilgung auch EU-Steuern herangezogen werden können. Die EU würde eine Steuerhoheit bekommen und damit zur Fiskalunion werden.⁵⁶ Unter diesen Gesichtspunkten ist meines Erachtens auch das Statement von Johannes Hahn zu verstehen (siehe oben): Es müssten auch für hoch verschuldete Länder genügend Mittel für notwendige staatliche Investitionen zur Verfügung stehen. Staatsausgaben führten zu höherem Wirtschaftswachstum und diese zu mehr Einnahmen, welche wiederum die Schuldenlast verringern.⁵⁷ Das klingt nach einem Keynesianischen Zugang.

6. Fazit

In öffentlichen Diskurs scheint die Austeritätspolitik vorzuherrschen – die Pandemie hat sie derzeit in den Hintergrund gedrängt. Wie wird sich aber die Wirtschaftspolitik entwickeln, wenn die Pandemie einigermaßen überwunden ist? Es scheint durchaus möglich, dass den staatlichen Hilfsprogrammen ein Sparprogramm auf mehreren Ebenen folgen wird. Die Erfahrungen aus der Finanzkrise weisen in diese Richtung.

Neben der Pandemie wartet aber ein zweites Thema darauf, wirtschaftspolitisch gelöst zu werden: die Klimakrise. Dafür stehen ebenso Investitionen an.

Das bedarf eines Umdenkens: Die Bedeutung des Staates sollte in Politik und Gesellschaft wieder gestärkt werden. Die Verantwortung des Staates in seltsamen Zeiten und darüber hinaus liegt darin, dort wirtschaftlich einzugreifen, wo Private das nicht tun. Es könnte auch bedeuten, über Verschuldung nachzudenken und neue Wege verantwortungsvoll zu gehen. Die Vorstellung von der schwäbischen Hausfrau ist ein unzutreffendes Bild. Sparen, das für den Einzelnen wichtig ist, muss für das Gesamte nicht stimmen. Jedenfalls ist das Ersparte nicht notwendig, um damit Kredite vergeben zu können. Geld wird aus dem Nichts geschöpft.

56 Vgl. Meyer, Next Generation EU, 17.

57 Vgl. Hahn, für Aufweichung der Grenze von 60 Prozent.

1936 beschrieb Keynes bereits, dass die Nachfrage in der Rezession erhöht werden müsse. Diese Erkenntnis taucht in Krisen auf, um danach wieder zu verschwinden. Der Fiskalrat empfiehlt:

Nach Ende der COVID-19-Pandemie muss ein geordneter und konjunkturgerechter Rückzug des Staates aus temporären Hilfs- und Konjunkturbelebungsmaßnahmen erfolgen, um wieder eine nachhaltige Budgetpolitik zu erreichen. [...] Zur Erreichung von langfristigen Zielen sollten ‚grüne‘ Investitionen nicht nur zur Senkung von CO₂-Emissionen zur Erreichung der im EU-Rechtsrahmen verankerten Zielvorgaben, sondern auch verstärkt zur Konjunkturbelebungs genutzt werden.⁵⁸

Wie diese Empfehlungen umgesetzt werden, hängt von den wirtschaftlichen Anschauungen ab. Vielleicht kann ein umfassender Blick auf Staatsschulden neue Möglichkeiten eröffnen, vor allem da deutlich geworden ist, dass mehr Schulden auch mehr Geld und damit mehr Mittel für Investitionen bedeuten. Ob ein solches System jedoch überhaupt tragfähig bleibt, ist eine andere Frage.

Literatur

- Baumgartner, Josef/Bierbaumer, Jürgen/Bilek-Steindl, Sandra/Mayrhuber, Christine/Rocha-Akis, Silvia: Stärkster BIP-Einbruch seit 1945. Die österreichische Wirtschaft im Jahr 2020, in: WIFO Monatsberichte 4 (2021) 293–308.
- Baumgartner, Josef/Kanioviski, Serguei: Update der mittelfristigen Prognose der österreichischen Wirtschaft 2021 bis 2025, in: WIFO Monatsberichte 4 (2021) 281–292.
- Becker, Gary Stanley: Der ökonomische Ansatz zur Erklärung menschlichen Verhaltens, Tübingen: Mohr²1993.
- Deutsche Bundesbank: Geld und Geldpolitik, Frankfurt am Main: Deutsche Bundesbank 2019.
- Deutsche Bundesbank: Häufig gestellte Fragen zum Thema Geldschöpfung, in: <https://www.bundesbank.de/resource/blob/614528/7722969d34f6d4b355fd9ebd362601/mL/haeufig-gestellte-fragen-geldschoepfung-data.pdf> [20.05.2021].
- Deutscher Ethikrat: Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise. Ad-hoc-Empfehlung (2020), in: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf> [07.01.2021].

58 Fiskalrat, Bericht über die öffentlichen Finanzen, 9.

- Ehnts, Dirk: Geld und Kredit. Eine €-päische Perspektive, Marburg: Metropolis ⁴2020.
- Etzioni, Amitai: The Moral Dimension. Toward a New Economics, New York: Free Press 1988.
- European Commission: Autumn 2020 Economic Forecast. General Government Data – Part II. Tables by series Autumn 2020 (2020), in: https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-performance-and-forecasts/economic-forecast/s/autumn-2020-economic-forecast_en [22.06.2021].
- Fiskalrat: Bericht über die öffentlichen Finanzen 2019 bis 2021, Wien: Fiskalrat 2020.
- Freitag, Nathalie: Modern Monetary Theory, in: Exploring Economics (2017), in: <https://www.exploring-economics.org/de/entdecken/modern-monetary-theory/> [21.05.2021].
- Geiger, Rudolf/Khan, Daniel-Erasmus/Kotzur, Markus: EUV/AEUV. Vertrag über die Europäische Union und Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union. Kommentar, München: Beck ⁵2010.
- Habermas, Jürgen: Die postnationale Konstellation. Politische Essays, Frankfurt am Main: Suhrkamp 1998.
- Häring, Norbert: Modern Monetary Theory. Eine neue Geldtheorie spaltet die Wirtschaft, in: Handelsblatt online vom 16.03.2019, in: <https://www.handelsblatt.com/politik/international/modern-monetary-theory-eine-neue-geldtheorie-spaltet-die-wirtschaft/24108180.html?ticket=ST-2884096-gNts4nClwgyijfFrv4VI-ap2> [28.06.2021].
- Haffert, Lukas: Freiheit von Schulden – Freiheit zum Gestalten? Die Politische Ökonomie von Haushaltsüberschüssen. Schriften aus dem Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung Köln, No. 84, Frankfurt am Main: Campus 2015, in: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/181238/1/1028659261.pdf> [25.05.2021].
- Hahn, Johannes: Hahn für Aufweichung der Grenze von 60 Prozent bei Staatsverschuldung, Interview in ‚Der Standard‘ vom 01.05. 2021, in: <https://www.derstandard.at/story/2000126309158/hahn-fuer-aufweichung-der-grenze-von-60-prozent-bei-staatsverschuldung> [20.05.2021].
- Heidbrink, Ludger: Definitionen und Voraussetzungen der Verantwortung, in: Heidbrink, Ludger/Langbehn, Claus/Loh, Janina (Hrsg.): Handbuch Verantwortung, Wiesbaden: Springer 2017, 3–33.
- Jellinek, Georg: Die Erklärung der Menschen- und Bürgerrechte. Ein Beitrag zur modernen Verfassungsgeschichte. Leipzig: Duncker & Humblot ³1919.
- Keynes, John Maynard: The General Theory of Employment, Interest, and Money, New York: Prometheus 1997.
- Kramer, Helmut: Wirtschaftskrise und Wirtschaftswissenschaft, in: WIFO Monatsberichte 6 (2012) 485–496.
- Kromphardt, Jürgen: John Maynard Keynes, Die größten Ökonomen. München: UTB 2013.

- Lavoie, Marc: Introduction to Post-Keynesian Economics. With a new Postface on the subprime financial crises, Houndmills: Palgrave Macmillan 2009.
- Mazzucato, Mariana: Wie kommt der Wert in die Welt? Von Schöpfern und Abschöpfern, Frankfurt am Main und New York: Campus 2019.
- McLeay, Michael/Radia, Amar/Thomas, Ryland: Money creation in the modern economy, in: Bank of England Quarterly Bulletin Q1 (2014) 14–27.
- Mensching, Christopher: Das Verbot der monetären Haushaltsfinanzierung in Art. 123 Abs. 1 AEUV – eine kritische Bestandsaufnahme, in: Europarecht (EuR) 49/3 (2014) 333–345.
- Meyer, Dirk: Next Generation EU. Neues Eigenmittelsystem weist in eine Fiskalunion, in: Europäische Zeitschrift für Wirtschaftsrecht (EuZW) 32/1 (2021) 16–22.
- Nell-Breuning, Oswald von: Gerechtigkeit und Freiheit. Grundzüge katholischer Soziallehre, München: Europa ²1985.
- Nell-Breuning, Oswald von: Kapitalismus – kritisch betrachtet. Zur Auseinandersetzung um das bessere ‚System‘, Freiburg usw.: Herder 1974.
- Neuhold, Leopold: Momente der Krise und die katholische Soziallehre. Aufforderung zum Tieferblicken anlässlich des Erscheinens von „Caritas in veritate“, in: Poier, Klaus (Hrsg.): Wirtschaftskrise und Katholische Soziallehre. 30 Jahre Neugründung des Dr.-Karl-Kummer-Instituts in der Steiermark, Graz: Verein für Sozial- und Wirtschaftspolitik 2009, 15–26.
- Ötsch, Walter Otto: Mythos Markt. Mythos Neoklassik. Das Elend des Marktfundamentalismus, Marburg: Metropolis 2019.
- Paetz, Michael: Geldtheorie und -politik, in: Universität Hamburg, Fakultät für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften 2020, in: <https://www.wiso.uni-hamburg.de/fachbereich-vwl/ueber-den-fachbereich/mitglieder/paetz-michael/daten/geldtheorie/geldtheorie-2020-skript.pdf> [21.05.2021].
- Precht, Richard David: Von der Pflicht. Eine Betrachtung, München: Goldmann 2021.
- Robbins, Lionel Charles: An Essay on the Nature and Significance of Economic Science, London: Macmillan 1932.
- Schulmeister, Stephan: Die große Krise – Anmerkungen zu Diagnose und Therapie, in: Wirtschaftspolitische Blätter 56/3 (2009) 377–388.
- Schulmeister, Stephan: Mitten in der großen Krise. Ein „New Deal“ für Europa, Wien: Picus 2010.
- Schulmeister, Stephan: Neoliberalismus, Katholische Soziallehre und gesamtwirtschaftliche Effizienz, in: Wirtschaftspolitische Blätter 45/5 (1998) 450–457.
- Schweitzer-Krah/Engartner, Tim: Die Pluralismusdebatte der Ökonomik aus Studierendensicht. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung an deutschen Hochschulen, in: Fridrich, Christian/Hedtke, Reinhold/Tafner, Georg: Historizität und Sozialität in der sozioökonomischen Bildung. Wiesbaden: Springer VS 2019, 107–130.
- Scott, William R.: Institutions and organizations: Ideas, Interests, and Identities. Thousand Oaks, California: Sage ²2001.

Statistik Austria: Website der Statistik Austria, in: <https://statistik.at> [15.06.2021].

Tafner, Georg: Pluralismus und der Wunsch nach Eindeutigkeit. Über die Bedeutung von Anschauungen und Ambiguitätstoleranz für die sozioökonomische Bildung, in: Fridrich, Christian/Hagedorn, Udo/Hedtke, Reinhold/Mittnik, Philipp/Tafner, Georg: *Wirtschaft und Gesellschaft. Herausforderungen für Sozioökonomie sowie sozioökonomische und politische Bildung*, Wiesbaden: Springer VS Wissenschaft [im Erscheinen].

Wöhe, Günter/Döring, Ulrich: *Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre*, München: Vahlen ²⁵2013.

Covid-19-Maßnahmen im Strafrecht – Ein Rückblick nach eineinhalb Jahren Pandemie

Alois Birklbauer

Nachdem zu Beginn der COVID-19-Pandemie auch im Bereich des Strafrechts vorwiegend die Frage im Zentrum der Diskussion stand, inwieweit die getroffenen Maßnahmen mit Blick auf die Grund- und Freiheitsrechte verhältnismäßig waren, soll nach mehr als einem Jahr der Fokus darauf gerichtet werden, wie die vorhandenen bzw. adaptierten Straf-, Verfahrens- und Vollzugsnormen von der Praxis genutzt wurden. Nach einer Einleitung (1.) werden in einem ersten Teil der strafrechtliche Umgang mit der Gefährdung anderer durch positiv getestete Personen untersucht (2.) sowie die mögliche Strafbarkeit von „Impf-Vordrängern“ (3.) und „Test-Fälschern“ (4.). In einem zweiten Teil sollen aus dem Bereich des Strafverfahrensrechts die Themen Videovernehmung und Begrenzung der Öffentlichkeit bei Verhandlungen angesprochen werden (5.), zumal diese immer noch aktuell sind und auch darüber diskutiert wird, diese zumindest teilweise pandemieunabhängig fortzuführen. Aus dem Strafvollzugsbereich sollen die Themen Vollzugaufschub und Besuchsbeschränkungen (6.) angesprochen werden. Zusammenfassende Schlussfolgerungen stehen am Ende des Beitrags (7.).

1. Einleitung

Die COVID-19-Pandemie hat den Umgang der Menschen miteinander wesentlich verändert und zu unterschiedlichen Forderungen an die Politik geführt. Während viele Unterstützung im Schutz vor der Erkrankung gefordert und die staatlich angeordneten freiheitsbeschränkenden Maßnahmen goutiert haben, beriefen sich deutlich weniger auf ihre Freiheiten, wengleich sich deren Anteil im Lauf der Pandemie erhöht hat. Die Regierung hat sich umgehend auf die Seite der Mehrheit gestellt und zum Teil mit Angstmache um Zustimmung für die verordneten Einschränkungen geworben. Mit zunehmender Dauer der Pandemie ist deren Akzeptanz geschwunden, was bisweilen mit der „Pandemiemüdigkeit der Bevölkerung“ umschrieben wurde. Doch die Kritik verstärkte sich nicht zuletzt auch

deswegen, weil das Pandemie-Management immer wieder Fehler gemacht hat und diese mehr und mehr bekannt wurden.

Die letztlich rasche Verfügbarkeit wirksamer Impfstoffe erlaubte es, eine Rücknahme der Beschränkungen anzudenken. Dabei war es mit Blick auf die Grundrechte naheliegend, bei Personen mit einem geringen epidemiologischen Risiko, weil sie etwa bereits geimpft oder genesen sind, die Grundrechtsbeschränkungen zurückzunehmen. Da es jedoch infolge der (anfangs) beschränkten Impfstofflieferungen eine Weile gedauert hat, bis der breiten Bevölkerung ein Impfangebot gemacht werden konnte, und seitens der Politik eine Reihung nach Schutzbedürftigkeit von Bevölkerungsgruppen und Systemrelevanz bestimmter Berufstätigkeiten vorgenommen wurde, war bald klar, dass manche ihre unbegrenzte Freiheit rascher erlangen werden (können) als andere. Insofern war es naheliegend, dass immer wieder Personen versuchten, sich bei der Impfung vorzudrängen, um die Freiheitsbeschränkungen loszuwerden. Mit niederschweligen Testmöglichkeiten und der gleichwertigen Behandlung mit Geimpften und Genesenen (3-G-Regel) wurde letztlich versucht, Überlegungen der Gerechtigkeit zu entsprechen.¹ Freilich war die Debatte damit nicht beseitigt, zumal die vorgegebene Impffreiheit vielfach nur schwer nachvollziehbar war. Erinnert sei etwa an den Plan in manchen Bundesländern, die Mitglieder der Freiwilligen Feuerwehren infolge deren Systemrelevanz vor dem Kindergartenpersonal zu impfen, das täglich durch die fehlende Testung der Kinder und den unvermeidbaren engen Kontakt mit diesen einem viel größeren Infektionsrisiko ausgesetzt war. In der Debatte um die Impfstoffverteilung zeigte sich wieder einmal, dass die geringere Wertschätzung gegenüber bestimmten Berufsgruppen bzw. Angehörigen einer Gesellschaft die Entscheidung über die Priorisierung und die Grundrechtsbeschränkungen mitprägte. So blieben etwa die Besuchsbeschränkungen in Alten- und Pflegeheimen trotz weitgehender Durchimpfung noch lange aufrecht oder auch die so genannte „Bildungsampel“ in Kindergärten trotz Entspannung der Situation bis Juni 2021 auf „Rot“, was mit wesentlichen (und nicht mehr erforderlichen) Einschränkungen für Personal und Kinder verbunden war.

In der folgenden Darstellung zum Umgang mit der Pandemie im Bereich des Strafrechts soll es nicht nur um die Anwendung bestimmter

1 Siehe dazu etwa die Stellungnahme der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (BEK) zum Thema Rechtliche und ethische Fragen im Zusammenhang mit geimpften und genesenen Personen in der COVID-19-Pandemie, in: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/bioethikkommission/publikationen-bioethik.html> [3.7.2021].

Strafnormen durch die Gerichtsbarkeit gehen, sondern vor allem auch um den Umgang mit den einer Straftat Beschuldigten sowie den wegen einer Straftat Verurteilten. Da auch diese Gruppen letztlich keine Lobby haben, ist es nicht verwunderlich, wenn sie zu jenen gehören, denen durch die Pandemie lange Zeit über Gebühr hohe (zusätzliche) Freiheitsbeschränkungen auferlegt wurden.

2. Die strafbare Gefährdung anderer durch positiv auf COVID-19 getestete Personen

Das *materielle Strafrecht* blieb im Rahmen der COVID-19-Krise von Neuerungen verschont. Vorherrschend war die Ansicht, dass bereits ausreichende Strafnormen vorhanden sind und es daher nicht nötig sei nachzuschärfen. So schützen die Bestimmungen des materiellen Strafrechts sowohl das *Individualrechtsgut Leib und Leben* (§§ 75 ff Strafgesetzbuch [StGB]²), als auch das *Universalrechtsgut Leben und Gesundheit der Allgemeinheit* („Volksgesundheit“) vor Gefährdung von Menschen durch übertragbare Krankheiten (§§ 178 f StGB).³ Kann über das Individualrechtsgut Gesundheit vom jeweiligen Rechtsgutsträger dahingehend verfügt werden, dass der Verursacher einer Gesundheitsschädigung Straffreiheit erlangt, wenn der Geschädigte sich bewusst der Gesundheitsgefährdung ausgesetzt hat, ist das Universalrechtsgut „Volksgesundheit“ einer strafbefreienden Disposition seitens des Geschädigten von vornherein entzogen.

2.1 Körperverletzungsdelikte

Die Körperverletzungsdelikte (§§ 83 ff StGB) erfassen neben der Verletzung eines konkreten Individuums in seiner körperlichen Integrität (Unversehrtheit) gleichermaßen die *Gesundheitsschädigung* als Beeinträchtigung des physischen und/oder psychischen Wohlbefindens, welches Krankheitswert im medizinischen Sinn besitzt.⁴ Dabei wird die Erheblichkeitsschwelle niedrig angesetzt, reicht doch z. B. für eine Körperverletzung (§ 83 Abs. 1 StGB) bereits eine nicht allzu große Hautrötung aus, um den Tatbe-

2 Bundesgesetz vom 23. Jänner 1974 über die mit gerichtlicher Strafe bedrohten Handlungen (Strafgesetzbuch – StGB), BGBl. 60/1974.

3 Vgl. zu diesem Rechtsgut etwa Murschetz in WK² StGB §§ 178, 179 Rz 1.

4 Vgl. dazu etwa Burgstaller/Fabrizy in WK² StGB § 83 Rz 9 ff.

stand zu begründen.⁵ Mit Blick auf diese niedrige Schwelle wurde zu Beginn der Pandemie davon ausgegangen, dass eine *COVID-19-Infektion*, unabhängig von ihrem konkreten Verlauf, stets die Tatbestandsschwelle für eine Gesundheitsschädigung überschreitet und bei *mehr als 24-tägiger Dauer* sogar eine „schwere Körperverletzung“ (§ 84 Abs. 1 StGB) vorliegt.⁶ Die Frage, ob eine positiv getestete Person auch tatsächlich krank im medizinischen Sinne ist, wurde nicht weiter thematisiert, sondern es wurde dem medizinischen Mainstream gefolgt, der letztlich die positive Testung als infektiös und damit den Getesteten als erkrankt betrachtete.

Inzwischen musste sich die Judikatur zwar nicht mit dem Thema COVID-19-Infektion als Krankheit, aber sehr wohl mit der Frage Infektion und der daraus resultierenden Ansteckungsgefahr auseinandersetzen. So hat z. B. das Oberlandesgericht (OLG) Linz in einem Leitsatz festgehalten, dass die Frage der Ansteckungsgefahr letztlich aufgrund der Virenlast anhand des Laborbefundes zu klären ist.⁷ Diese *differenzierte Sichtweise* muss auch für den Begriff der Gesundheitsschädigung als Unterfall der Körperverletzung dazu führen, dass trotz der grundsätzlich niedrigen Schwelle für dieses Tatbestandsmerkmal das *Vorliegen von Krankheitssymptomen* entscheidend sein muss, um von einer „Körperverletzung“ im Sinne der strafrechtlichen Terminologie sprechen zu können. Fehlt es infolge eines symptomlosen Verlaufs der Infektion an einer Beeinträchtigung des physischen und/oder psychischen Wohlbefindens des Infizierten, liegt keine Gesundheitsschädigung vor und scheidet eine Subsumtion unter die Körperverletzungsdelikte nach §§ 83 ff StGB. Das gilt sowohl für den vorsätzlichen als auch den fahrlässigen Bereich.⁸

5 Vgl. OGH 11 Os 180/76 = SSt 48/20: linsengroßer Hautdefekt am Grundgelenk des 5. Fingers links und oberflächliche Hautabschürfungen an der linken Augenbraue.

6 Vgl. etwa mit Nachweisen Birklbauer in Resch, Corona-HB Kap 16 Rz 2 ff.

7 OLG Linz 7 Bs 48/21i vom 22.4.2021 = RIS-Justiz RL0000214; siehe dazu näher unten im Text bei FN 19.

8 Auf eine allfällige Versuchsstrafbarkeit, wenn der*die Täter*in davon ausgeht, infiziert und ansteckend zu sein, sei hier nicht eingegangen, weil die Frage der absoluten Untauglichkeit des Versuchs, die eine Straffreiheit bewirken würde (vgl. § 15 Abs. 3 StGB) einer umfassenden Darstellung bedürfen würde, die den Rahmen sprengen würde.

2.2 Gefährdung der „Volksgesundheit“

Die Gefährdung von Menschen durch übertragbare Krankheiten (§§ 178 f StGB) setzt zunächst eine geeignete Handlung des Infizierten voraus, um die Gefahr der Verbreitung einer übertragbaren Krankheit unter Menschen herbeizuführen. Dabei gelten als *übertragbare Krankheiten* jene, bei denen ein Krankheitserreger unmittelbar oder mittelbar von einem Individuum auf ein anderes übergehen kann.⁹ Im Unterschied zu den Körperverletzungsdelikten kommt es hier nicht darauf an, dass tatsächlich jemand durch das Verhalten eines anderen infiziert wird, sondern es reicht aus, dass die *Gefahr einer Verbreitung*, also eine Zunahme des Ausdehnungsbereichs der Krankheit herbeigeführt wird, ohne dass es epidemischer Ausmaße bedürfe.¹⁰

Damit die Strafbarkeit dieses Delikts nicht zu sehr ausufert, muss die Krankheit ihrer Art nach zu den zumindest *beschränkt anzeige- oder meldepflichtigen Krankheiten* gehören, um nicht auch relativ ungefährliche Krankheiten wie Schnupfen oder Grippe unter das Delikt zu subsumieren.¹¹ Diese Anzeige- bzw. Meldepflicht ist eine *objektive Bedingung der Strafbarkeit*,¹² die dem Täter weder bewusst noch für ihn erkennbar gewesen sein muss.

COVID-19 ist eine *übertragbare Krankheit*, deren Erreger unmittelbar oder mittelbar von einem Individuum auf ein anderes übergehen kann. Die Krankheit ist *meldepflichtig* nach § 1 Abs. 1 Z. 1 Epidemiegesetz,¹³ wodurch auch die genannte objektive Bedingung der Strafbarkeit als Voraussetzung für eine Subsumtion unter §§ 178 f StGB erfüllt ist.

Da die §§ 178 f StGB als abstrakte (potentielle) Gefährdungsdelikte ausgestaltet sind, setzen sie voraus, dass mit dem gesetzten Verhalten die *Gefahr* einhergeht, die *Verbreitung einer ansteckenden Krankheit unter Menschen*

9 Vgl. Leukauf et al., StGB⁴ § 178 Rz 2.

10 Vgl. Leukauf et al., StGB⁴ § 178 Rz 8; Murschetz in WK² StGB §§ 178, 179 Rz 2.

11 Vgl. Leukauf et al., StGB⁴ § 178 Rz 5.

12 Vgl. Leukauf et al., StGB⁴ § 178 Rz 4; Murschetz in WK² StGB §§ 178, 179 Rz 5.

13 Epidemiegesetz 1950, BGBl. 186/1950 (EpidemieG). Die Bestimmung nennt MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus/„neues Coronavirus“). Verschiedentlich wird darauf hingewiesen, dass es sich bei SARS-CoV-2 nicht um das genannte „neue Coronavirus“ handelt, sondern um das „2019 neuartige Coronavirus“ (2019-nCoV). Daher beruhe die Meldepflicht auf der nach § 1 Abs 2 EpidemieG 1950 ergangenen Verordnung des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) über anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten 2020 (BGBl II 2020/15); vgl. dazu mit Nachweisen Birklbauer in Resch, Corona-HB Kap 16 Rz 20.

herbeizuführen. Dies wurde zu Beginn der Pandemie relativ rasch für jene angenommen, die mit dem COVID-19-Virus infiziert waren und deshalb einen Absonderungsbescheid von der Gesundheitsbehörde erhalten hatten. So wurde z. B. eine infizierte Frau wegen vorsätzlicher Gefährdung von Menschen durch übertragbare Krankheiten nach § 178 StGB zu einer Geldstrafe verurteilt, weil sie (mit Mundschutz) eine kleine Runde spazieren gegangen war, obwohl sie die Runde so gewählt hatte, dass sie niemandem begegnet ist.¹⁴ Ein 58-jähriger Mann, der positiv getestet war und letztlich aus Angst, seinen Job zu verlieren, arbeiten ging, zumal er sich nicht krank fühlte, wurde wegen des genannten Delikts gar zu einer (bedingten) Freiheitsstrafe von sechs Monaten und einer unbedingten Geldstrafe verurteilt.¹⁵ Eine ähnlich hohe Strafe wurde gegen eine Frau verhängt, die trotz COVID-19-Infektion an einem Postschalter Geld an ihre kranke Enkelin in Bosnien überweisen wollte, nachdem der Überweisungsversuch durch eine Kollegin gescheitert war.¹⁶ Wegen fahrlässiger Gefährdung nach § 179 StGB stand eine Studentin vor Gericht, die bei einem Arztbesuch nicht mitgeteilt hatte, dass ihr Lebensgefährte als „Kontaktperson 1“ in Quarantäne ist, weil dessen Eltern positiv getestet wurden. Das Verfahren wurde in diesem Fall schließlich diversionell eingestellt, nachdem die Studentin sich bereit erklärt hatte, 40 Stunden gemeinnützige Leistungen zu erbringen.¹⁷ Auch das Landesverwaltungsgericht Wien hat in einem Erkenntnis undifferenziert festgestellt, dass die Nichteinhaltung eines Absonderungsbescheids zwecks Verhütung der Weiterverbreitung von COVID-19 das Tatbild der Gefährdung von Menschen durch übertragbare Krankheiten gemäß §§ 178 und 179 StGB erfüllt.¹⁸

14 Vgl. Die Presse: 1200 Euro Strafe für Spaziergang mit Covid-19 (25.7.2020), in: <https://www.diepresse.com/5844184/1200-euro-strafe-fur-spaziergang-mit-covid-19> [3.7.2021].

15 Vgl. ORF Wien: CoV-positiver Mann ging arbeiten: Verurteilt (17.8.2020), in: <https://wien.orf.at/stories/3062649/> [3.7.2021].

16 Vgl. Der Standard: Das Coronavirus im Strafrecht: Erstes Urteil wegen verletzter Quarantäne (22.7.2020), in: <https://www.derstandard.at/story/2000118846653/das-coronavirus-im-strafrecht-erstes-urteil-wegen-verletzter-quarantaene> [3.7.2021].

17 Widmayer: „Personen fahrlässig gefährdet“: Diversion für Studentin in Salzburger Covid-Strafprozess, in: Salzburger Nachrichten (2.2.2021), <https://www.sn.at/salzburg/chronik/personen-fahrlaessig-gefaehrdet-diversion-fuer-studentin-in-salzburger-covid-strafprozess-99244438> [3.7.2021].

18 Vgl. LVwG Wien VGW-001/016/8713/2020 vom 23.7.2020. Dies war jedoch insoweit eine Formalentscheidung, als mit dieser Begründung die Zuständigkeit für verwaltungsstrafrechtliche Maßnahmen verneint wurde. Als Entscheidung in der Sache kann dies nur bedingt gewertet werden.

Inzwischen ist die *Rechtsprechung differenzierter*. So hat etwa das OLG Linz in seiner bereits angesprochenen Entscheidung vom 22.4.2021¹⁹ festgestellt, dass nicht jede COVID-19-Infektion einer Person mit einer potentiellen Ansteckungsgefahr für andere Personen einhergeht und daher die Frage der *Ansteckungsgefahr letztlich aufgrund der Virenlast* anhand des Laborbefundes zu klären sei. Der Fall betraf einen Mann, der acht Tage nach positiver Testung auf COVID-19 und zwei Tage vor Ende des Absonderungsbescheids zur Behörde ging, um eine Meldebescheinigung zu beantragen. Das OLG Linz hat hierzu festgehalten, dass einem Absonderungsbescheid hinsichtlich der Gefahr für die Gesundheit anderer zwar eine Indizfunktion zukomme, die Ansteckungsgefahr, die von einem Infizierten ausgeht, aber entscheidend sei. Da aus der 4. COVID-19 SchuMaV²⁰ hervorgehe, dass bei einer positiv auf COVID-19 getesteten Person mit einem CT-Wert größer als 30 keine Ansteckungsgefahr mehr bestehe,²¹ ist daraus zu folgern, dass *nicht jede COVID-19-Infektion einer Person mit einer potenziellen Ansteckungsgefahr für andere Personen einhergehe* und die Frage der Ansteckungsgefahr daher letztlich aufgrund der Virenlast anhand des Laborbefundes zu klären sei.

In ähnlicher Denkweise hat auch das OLG Graz festgehalten, dass das Husten einer nicht infizierten Person (Viruslast: null) nicht geeignet sei, die Gefahr der Verbreitung der übertragbaren Krankheit COVID-19 unter Menschen herbeizuführen, und daher auch nicht als Tathandlung des § 178 StGB in Betracht komme.²² In diesem Fall hat die angeklagte Frau sich einer Amtshandlung widersetzt, die maximal einen Meter entfernt stehenden Beamten angehustet und geäußert, wenige Tage davor in einem Ort gewesen zu sein, der „wegen Corona“ unter Quarantäne stehe. Wenige Stunden nach dem Vorfall wurde sie negativ auf COVID-19 getestet. Zufolge der nicht vorliegenden Infizierung der Angeklagten mit dem Krankheitserreger SARS-CoV-2 wurde durch ihr Verhalten nicht einmal eine bloß theoretische Möglichkeit der Rechtsgutsbeeinträchtigung in Form der Verbreitung der Krankheit COVID-19 geschaffen. Die Handlung war

19 Vgl. OLG Linz 7 Bs 48/21i vom 22.4.2021 = RIS-Justiz RL0000214; zu den Auswirkungen dieser Entscheidung für die Körperverletzungsdelikte siehe oben im Text bei FN 7.

20 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung (4. COVID-19-SchuMaV), BGBl. II 2021/58.

21 Das Judikat verweist auf § 10 Abs 4 Z 2, Abs 4a Z 2 und § 11 Abs 4 Z 2 der 4. COVID-19-SchuMaV.

22 OLG Graz 1 Bs 10/21m vom 5.3.2021 = RIS-Justiz RG0000192.

somit *abstrakt nicht geeignet*, die *Gefahr der Verbreitung einer Krankheit herbeizuführen*, wodurch eine Verwirklichung der §§ 178 f StGB ausscheidet.

Damit lässt sich zur Gefährdung anderer mit ansteckenden Krankheiten (§§ 178 f StGB) zusammenfassend festhalten, dass die Tatsache einer positiven Testung auf COVID-19 oder auch die Infektion mit dem Virus nicht ausreichen, um die genannten Delikte zu verwirklichen. Es muss überdies von den Strafverfolgungsbehörden nachgewiesen werden, dass von einer konkreten Person eine Ansteckungsgefahr ausgegangen ist, indem – nach derzeitigem Wissensstand – im Handlungszeitpunkt ein CT-Wert > 30 vorgelegen ist. Die ursprünglich in der Literatur vertretenen Positionen, die eine positive Testung oder auch eine Infektion mit COVID-19 als ausreichend erachtet haben, um die genannten Gefährdungsdelikte zu verwirklichen, sind damit überholt.

3. *Das Vordrängen bei der Impfung als strafbares Verhalten*

Impfungen gegen COVID-19 waren, wie bereits in der Einleitung erwähnt, zu Beginn des Jahres 2021 heiß begehrt, infolge der mit dem Impfplan vorgegebenen Priorisierung²³ aber nicht allgemein erhältlich. Durch die mit der Impfmöglichkeit verbundene Euphorie war es naheliegend, dass Personen, die noch nicht an der Reihe waren, sich um eine Impfung drängten. So wurde etwa von Bürgermeistern berichtet, die prioritär geimpft wurden, weil die Gemeinde Betreiberin des Seniorenzentrums war.²⁴ Besonders aufsehenerregend war ein Fall in einer oberösterreichischen Gemeinde, in dem von 44 für ein Pflegeheim bestimmten Impfdosen nur 16 an Heimbewohner*innen und -mitarbeiter*innen verimpft wurden. Der Rest ging an heimgestrandete Personen.²⁵ Auch gab es Berichte über eine Vorreihung nach einer Spende für das Pflegeheim.²⁶ Die strafrechtliche Erfassung solcher Sachverhalte gestaltet sich schwierig.

23 Dazu wurde vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz ein COVID-19 Impfplan verfasst, in der aktuellen Fassung abrufbar unter <https://www.sozialministerium.at/Corona-Schutzimpfung/Corona-Schutzimpfung---Durchfuehrung-und-Organisation.html> [3.7.2021].

24 Vgl. ORF-Oberösterreich: Impfung: Weitere Politiker-Vorreihungen in OÖ (19.1.2021), in: (<https://oe.orf.at/stories/3085673/> [3.7.2021]).

25 Vgl. ORF-Oberösterreich: Politiker wurden in Pflegeheim geimpft (17.1.2021), in: <https://oe.orf.at/stories/3085387/> [3.7.2021].

26 Vgl. Pessl: Wird man mit einer Spende für die Coronaimpfung vorgereiht?, in: Salzburger Nachrichten (19.1.2021), <https://www.sn.at/panorama/oesterreich/wird-man-mit-einer-spende-fuer-die-coronaimpfung-vorgereiht-98542825> [3.7.2021].

3.1 Vorreihung als Gegenleistung

Am einfachsten ist die *Vorreihung nach einer Spende* als gleichsamer Gegenleistung zu beurteilen, weil hier die *Korruptionsdelikte* (§§ 304 ff StGB) anwendbar sein könnten. Diese erfassen auch den staatsnahen Bereich, indem sie *Amtsträger* betreffen (§ 74 Abs. 1 Z. 4a StGB) und darunter alle Organe und Bediensteten eines Unternehmens fallen, an denen Gebietskörperschaften wie Bund, Länder oder Gemeinden mit mindestens 50 Prozent beteiligt sind oder dessen Unternehmensgebarung vom Rechnungshof des Bundes oder der Länder kontrolliert wird. Nach dieser Begriffsbestimmung zählen etwa die Organe von Sozialhilfeverbänden oder die Bediensteten von Heimen, die von diesen betrieben werden, zu den Amtsträgern.

Bei den Tatbeständen der Korruptionsdelikte gibt es sowohl solche für die Nehmerseite (§§ 304 – 306 StGB) als auch die Geberseite (§§ 307 – 307b StGB). Zur Verwirklichung muss auf Geberseite ein Vorteil zumindest versprochen werden, auf Nehmerseite reicht es, sich einen Vorteil versprechen zu lassen. Unter einem *Vorteil* ist *jede Leistung materieller und immaterieller Art* zu verstehen, die den *Täter besser stellt* (die nützlich ist) und auf die er *keinen rechtlich begründeten Anspruch* hat.²⁷ Nach dem Gesetzeswortlaut ist es nicht erforderlich, dass der Vorteil an den fließt, der ein Amtsgeschäft vornimmt, sondern das Delikt ist auch dann verwirklicht, wenn der Begünstigte ein Dritter ist, etwa das Unternehmen, für das der Amtsträger tätig ist.²⁸ Nun fällt das Impfen zwar nicht in die Hoheitsverwaltung, sondern es wird von Ärzt*innen im Rahmen der Privatwirtschaftsverwaltung durchgeführt. Dies bedeutet für die Korruptionsdelikte, dass es dann am Vorteil fehlt, wenn der Zuwendung an den Amtsträger ein zivilrechtlich gültiger entgeltlicher Vertrag zu Grunde liegt.²⁹ Verträge, die eine Impfvorreihung als Gegenleistung beinhalteten, sind aber wohl als sittenwidrig (vgl. § 879 ABGB³⁰) einzustufen, weshalb es an deren zivilrechtlicher Gültigkeit fehlt. Die Verwirklichung der Korruptionsdelikte durch die geschilderten Verhaltensweisen scheint somit evident zu sein. Medienberichte über Verurteilungen in Fällen von Impfvorreibungen als Gegenleistung existieren nicht, vielleicht auch, weil sich die erhobenen Vorwürfe letztlich doch in Luft aufgelöst haben.

27 Vgl. dazu mit Nachweisen zum Meinungsstand Birklbauer in Resch/Wallner, Handbuch Medizinrecht³ Kap X Rz 186 ff.

28 Vgl. OGH 17 Os 8/16d vom 6.6.2016 = RIS-Justiz RS0130816.

29 Vgl. dazu OGH 17 Os 8/16d vom 6.6.2016 = RIS-Justiz RS0130815.

30 Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch für die gesammten deutschen Erbländer der Oesterreichischen Monarchie; JGS Nr. 1811/946 in der geltenden Fassung.

3.2 Vorreihung ohne Gegenleistung

Die *Vorreihung ohne Gegenleistung*, etwa aus Freundschaft, Sorge um die Familie oder auch infolge politischer Einflussnahme, lässt sich strafrechtlich nicht fassen. Das Delikt des *Missbrauchs der Amtsgewalt* (§ 302 StGB), an das primär zu denken ist, scheidet daran, dass das Impfen keinen Akt der Hoheitsverwaltung darstellt und ein solcher Voraussetzung für den Amtsmissbrauch ist (Amtsgeschäfte „in Vollziehung der Gesetze“). Hoheitsverwaltung liegt dann vor, wenn der Staat zur Erreichung seiner Ziele die ihm auf Grund seiner spezifischen Macht gegebene einseitige Anordnungsbezugnis gebraucht, demnach als Träger dieser besonderen Befehls- und Zwangsgewalt auftritt, insbesondere durch Einsatz bestimmter Rechtsformen wie Verordnung, Bescheid oder Akt unmittelbarer verwaltungsbehördlicher Befehls- und Zwangsgewalt.³¹ Wenn Unregelmäßigkeiten bei der Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen im Bereich des Mutter-Kind-Passes durch Ärzt*innen im Bereich öffentlicher Gesundheitsversorgung keinen Amtsmissbrauch begründen können, weil sie nicht Teil der Hoheitsverwaltung sind,³² muss dies ebenso für COVID-19-Impfungen gelten. Auch andere Delikte sind für die Vorreihung ohne Vorteile nicht ersichtlich, weshalb es auch naheliegend war, dass die infolge der Medienberichte eingeleiteten strafrechtlichen Ermittlungen zu einer Verfahrenseinstellung geführt haben.³³ Debatten über die Einführung eines eigenen Straftatbestands für Impf-Vordränger wurden in Österreich letztlich nicht wirklich geführt, zumal relativ bald klar war, dass es in absehbarer Zeit ohnehin ausreichend Impfstoff für alle Impfwilligen geben werde. Insofern blieb es allein bei der moralischen Verantwortlichkeit.

4. Die Strafbarkeit gefälschter „Eintritts-Tests“

Mit der Lockerung der COVID-19-Maßnahmen wurden für alle, die am sozialen Leben wieder teilnehmen wollten, aber (noch) nicht geimpft und auch nicht genesen waren, die so genannten ‚Eintritts-Tests‘ von erheblicher Bedeutung. Mit einem solchen konnten zunächst körpernahe Dienst-

31 Vgl. OGH 17 Os 34/15a vom 6.6.2016 = RIS-Justiz RS0130809.

32 So explizit OGH 17 Os 25/14a vom 11.8.2014 = RIS-Justiz RS0118428 (T6).

33 Vgl. etwa Oberösterreichische Nachrichten: Impfungen in Innviertler Pflegeheimen: Staatsanwaltschaft stellte Ermittlungen ein (30.3.2021), in: <https://www.nachrichten.at/oberoesterreich/impfungen-in-innviertler-pflegeheimen-staatsanwaltschaft-stellte-ermittlungen-ein;art4,3376075> [3.7.2021].

leistungen, später auch Restaurantbesuche, Hotelaufenthalte, Kulturveranstaltungen usw. erlangt werden. Da das Testen mit Aufwand verbunden und auch nicht immer angenehm war, stieg die Versuchung, einen fremden Test vorzuweisen oder Testdaten wie den Namen des Getesteten oder das Testdatum zu verändern, um dadurch in den Genuss der angestrebten Lockerung zu kommen. Da das entsprechende Dokument des Gesundheitsministeriums, welches ein negatives Testergebnis bestätigte und elektronisch zugesendet wurde, anfangs – mit Ausnahme des Briefkopfs – nicht schreibgeschützt war,³⁴ war es auch technisch nicht allzu schwierig, derartige Manipulationen vorzunehmen.

4.1 Urkundenfälschung

Die strafrechtliche Relevanz der genannten Verhaltensweisen war deutlich höher als beim Impf-Vordrängen³⁵ und wird sich in vergleichbarer Weise auch für Manipulationen beim so genannten „Grünen Pass“ stellen. Als Delikt kommt hier *Urkundenfälschung* (§ 223 StGB) in Betracht, welches sowohl das Fälschen oder Verfälschen einer Urkunde erfasst (Abs. 1) als auch den Gebrauch einer solchen Urkunde (Abs. 2). Entscheidend ist stets, dass die Tathandlung gesetzt wird mit dem Vorsatz, die falsche oder verfälschte Urkunde im Rechtsverkehr zum Beweis eines Rechtes, eines Rechtsverhältnisses oder einer Tatsache zu verwenden. Bloße Fälschungen zum Spaß, etwa als Geburtstagsgag, reichen nicht zur Tatbestandserfüllung.

Eine *Urkunde* ist entsprechend der Legaldefinition in § 74 Abs. 1 Z. 7 StGB eine Schrift, die errichtet worden ist, um ein Recht oder ein Rechtsverhältnis zu begründen, abzuändern oder aufzuheben oder eine Tatsache von rechtlicher Bedeutung zu beweisen. Ein bestätigtes negatives Testergebnis ist unter diesen Urkundenbegriff zu subsumieren, zumal darin eine Tatsache von rechtserheblicher Bedeutung bestätigt wird, weil sie Voraussetzung für die Annahme bestimmter Leistungen ist.

Das Tatbestandsmerkmal „*falsch*“ bei der Urkundenfälschung nach § 223 StGB bezieht sich nicht auf den Inhalt der Urkunde, sondern allein auf den Umstand, dass dem Urkundenaussteller etwas unterstellt wird, das

34 Vgl. Laglstorfer: Sicherheitslücke bei offiziellen Covid-Testergebnissen, in: Oberösterreichische Nachrichten (6.2.2021), <https://www.nachrichten.at/oberoesterreich/sicherheitsluecke-bei-offiziellen-covid-testergebnissen;art4,3347472> [3.7.2021]; nachdem das Bundesministerium auf diesen Umstand aufmerksam (gemacht) wurde, gab es Nachbesserungen.

35 Vgl. dazu Neuhofer, JSt 2021, S. 231.

er so nicht bestätigt hat. Insofern wird falsch nicht als unrichtig, sondern als *unecht* verstanden. Wer ein Blankoformular einer Behörde mit seinen Daten ausfüllt, stellt eine falsche Urkunde her, weil er der Behörde eine Aussage unterstellt, die sie so nicht gemacht hat. Wird ein von der Behörde ausgestelltes Formular verändert, verfälscht oder anderweitig nachträglich verändert, wird damit eine Urkunde verfälscht. Insofern lassen sich die geschilderten Manipulationen von bestätigten Testergebnissen einfach unter die Strafnorm des § 223 StGB subsumieren. Lediglich das Verwenden einer für eine andere Person ausgestellten Bestätigung, die aber nicht verändert wird, begründet keine strafrechtliche Relevanz, weil hier nichts am Dokument verfälscht wird. Das Delikt des Gebrauchs fremder Ausweise (§ 231 StGB) scheitert am Ausweischarakter der Testbestätigung.

4.2 Datenfälschung

Eine Urkunde im Sinne von § 74 Abs. 1 Z. 7 StGB wird erst hergestellt, wenn sie als Schriftstück vorliegt, also z. B. die am elektronischen Dokument vorgenommene Änderung ausgedruckt wird. Wird ein elektronisch übermitteltes Dokument lediglich am Computer oder Smartphone verändert ohne dass ein Ausdruck erfolgt, scheidet die Urkundendelikte mangels Urkunde aus. Freilich bedeutet dies keineswegs eine Straffreiheit des gesetzten Verhaltens, sondern für solche Fälle kommt eine *Datenfälschung* nach § 225a StGB in Betracht. Dieses Delikt verwirklicht unter anderem, wer durch Eingabe oder Veränderung falsche Daten herstellt oder echte Daten verfälscht, wiederum mit dem Vorsatz, dass die Daten im Rechtsverkehr zum Beweis eines Rechtes, eines Rechtsverhältnisses oder einer Tatsache gebraucht werden.

Zentrale Voraussetzung für eine Strafbarkeit wegen des genannten Delikts ist das Vorliegen von Daten. Darunter sind auf Datenträgern gespeicherte Daten (vgl. § 74 Abs. 2 StGB) zu verstehen, die für den Rechtsverkehr bestimmt sind und den Aussteller erkennen lassen (elektronische Urkunden).³⁶ Die elektronisch übermittelte Bestätigung eines negativen COVID-19-Tests erfüllt diese Voraussetzungen. Das *Herstellen falscher Daten* wird im Gleichklang mit der Urkundenfälschung nach § 223 StGB so verstanden, dass dabei durch die unbefugte Eingabe neuer Daten der Eindruck erweckt wird, diese stammten von einem anderen als dem tatsächlichen Aussteller. Der Täter täuscht damit über die Identität des Datenaus-

36 Vgl. dazu mit Nachweisen zum Meinungsstand Neuhofer, JSt 2021, S. 234 f.

stellers bzw. der Datenausstellerin. Füllt demnach eine Person ein noch leeres Formular elektronisch aus oder erstellt sie ein neues (elektronisches) Dokument, so werden neue Daten erschaffen und dadurch vorgegeben, die Erklärung (= Daten) stamme vom zuständigen Ministerium bzw. der Republik und eben nicht vom tatsächlichen Aussteller. Verändert eine Person z. B. das Datum des Tests, den Namen der getesteten Person oder das Ergebnis im elektronischen Dokument, so stellt dies eine entsprechende *Verfälschung von Daten* im Sinne von § 225a StGB dar. Damit ist letztlich eine umfassende Strafbarkeit für die in diesem Kapitel angesprochenen Tathandlungen gegeben. Über die Strafpraxis lassen sich derzeit jedoch keine Informationen finden.

5. Ausgewählte pandemiebedingte Maßnahmen im Strafprozessrecht

Das Ziel der COVID-19-Maßnahmen, Menschen in ihrem täglichen Lebensbereich vor Ansteckung zu schützen, hat auch zu wesentlichen Veränderungen im Strafverfahrensrecht geführt, da Verfahren zur Aufklärung von Taten sowie der allfälligen Erforderlichkeit von Sanktionen von persönlichen Interaktionen leben. Im Folgenden wird auf die im Rahmen von COVID-19-Maßnahmen erleichterte Möglichkeit von Videovernehmungen sowie die faktische Beschränkung der Öffentlichkeit in der Hauptverhandlung eingegangen, zumal sie derzeit immer noch gelten und auch darüber diskutiert wird, diese infolge der damit verbundenen Vorteile als positive Ergebnisse der Pandemie im Rechtsbestand zu belassen.

Die meisten Änderungen im Bereich des Strafprozessrechts sind durch § 9 1. COVID-19-JuBG³⁷ ergangen und erfolgten zum Teil unmittelbar in der StPO und ohne Befristung. Diese können in der Zukunft bei vergleichbar gehäuften Erkrankungen leichter nutzbar gemacht werden, indem nicht mehr auf entsprechende Sondergesetze gewartet werden muss. § 9 1. COVID-19-JuBG räumt der Bundesministerin für Justiz (BMJ) weitgehende *Verordnungsermächtigungen* zur Konkretisierung von bestimmten Maßnahmen ein.

37 Vgl. Bundesgesetz betreffend Begleitmaßnahmen zu COVID-19 in der Justiz (1. COVID-19-Justiz-Begleitgesetz – 1. COVID-19-JuBG); BGBl. I 16/2020. Dieses Gesetz wurde zwischenzeitlich mehrmals verlängert und tritt gemäß seinem § 12 mit 31. 12. 2021 außer Kraft (vgl. BGBl I 2021/106).

5.1 Erleichterte Ermöglichung von Videovernehmungen

Eine zentrale Änderung betrifft die (erleichterte) *Vernehmung von Beschuldigten und Zeugen per Video*. Diese Möglichkeit wurde als gleichsamer Alternative der „innerstaatlichen Rechtshilfe“ bereits im Jahre 2010 in die Strafprozessordnung (StPO)³⁸ eingefügt,³⁹ allerdings nur für die U-Haft und begrenzt auf den Fall, dass der Aufenthaltsort eines Zeugen bzw. einer Zeugin oder eines* einer Beschuldigten außerhalb des Sprengels der zuständigen Staatsanwaltschaft (StA) oder des zuständigen Gerichts liegt und eine unmittelbare Vernehmung verfahrensökonomisch nicht zweckmäßiger erscheint. Im Rahmen der COVID-19-Krise wurde diese Möglichkeit nun auf Fälle einer Pandemie ausgedehnt (§ 174 Abs. 1 Satz 2 StPO⁴⁰). *Videovernehmungen beim Pflichtverhör zur U-Haft-Verhängung* wurden damit auch dann zulässig, wenn der*die Beschuldigte direkt in der Justizanstalt des zuständigen Gerichts angehalten wird, um eben COVID-19-Infektionen durch direkten persönlichen Kontakt zwischen Häftlingen, Bediensteten der Justizanstalt und Angehörigen von Gericht und StA möglichst zu verhindern. Mit demselben Ziel wurden Videovernehmungen bei Verhandlungen zur *U-Haft-Verlängerung* ermöglicht (§ 176 Abs. 3 StPO).

Bestand grundsätzliches Verständnis für die Erweiterung der Möglichkeiten einer Videovernehmung im Zusammenhang mit der COVID-19-Krise, galt dies weniger für die ebenfalls getroffene Veränderung, *Entscheidungen über die Fortdauer der U-Haft ohne Haftverhandlung* und damit ohne Vernehmung des*der Gefangenen (zumindest per Video) zu ermöglichen.⁴¹ Hier scheint der Bequemlichkeitsgedanke eine Rolle gespielt zu haben, denn eine Ansteckung mit COVID-19 kann auch durch eine Videovernehmung verhindert werden und braucht keinen Verhandlungsverzicht. Die Bedenken gegen diese Erweiterung werden noch dadurch gestützt, dass nähere Kriterien für einen Verhandlungsverzicht fehlen. Dem wurde zwar in einer Novellierung von § 9 Z. 4 1. COVID-19-JuBG durch Ergänzung um den Satz: „soweit im Einzelfall eine Durchführung der Haftverhandlung unter Verwendung technischer Einrichtungen zur Wort-

38 Strafprozessordnung 1975 (StPO); BGBl. 1975/631.

39 BGBl. I 111/2010.

40 BGBl. I 14/2020.

41 Hierzu räumte § 9 Z 4 1. COVID-19-JuBG der Bundesministerin für Justiz (BMJ) eine Verordnungsermächtigung ein, von der sie durch BGBl. II 113/2020 Gebrauch gemacht hat. Die entsprechende Bestimmung der Verordnung tritt nach ihrem § 8 mit 30. 9. 2021 außer Kraft (BGBl. II 281/2021).

und Bildübertragung nicht möglich ist⁴² versucht, abzuhelpfen, eine ausreichende Bestimmtheit wohnt aber auch dieser Neufassung nicht inne. Damit war es für einen Verhandlungsverzicht sowohl ausreichend, dass der*die zuständige Richter*in im Home-Office arbeitete, in freiwilliger Quarantäne war oder über kein leistungsfähiges Internet verfügte, mit dem er*sie eine Videovernehmung durchführen konnte, als auch, dass sich der*die zuständige Richter*in mit der entsprechenden Technik nicht auseinandersetzen wollte und deshalb auf eine Videovernehmung verzichtet hat. Sachgerecht erscheint diese Unbestimmtheit mit Blick auf den Verlust an rechtsstaatlichen Garantien, die eine Vernehmung beinhaltet, nicht.

Videovernehmungen wurden zur Verhinderung von COVID-19-Infektion auch für die *Hauptverhandlung* ermöglicht.⁴³ Nach § 239 Satz 2 StPO⁴⁴ braucht ein*e *verhaftete*r Angeklagt*er* nicht mehr zur Hauptverhandlung vorgeführt werden, sondern er*sie kann dieser per Videoschaltung folgen und sich auch per Video einbringen, wodurch seine*ihre Beschuldigtenrechte gewahrt bleiben (sollten). Eine Einschränkung wurde mit Wirkung 1. 6. 2020 dahingehend getroffen, dass im Geschworenenverfahren ein solches Vorgehen nur dann zulässig ist, wenn „es im Einzelfall besonders gewichtige Gründe für unabdingbar erscheinen lassen“⁴⁵.

Bei allem Verständnis für die Nutzung neuer technischer Möglichkeiten darf bei näherer Betrachtung nicht übersehen werden, dass damit ein beträchtlicher *Verlust an Verteidigungsmöglichkeiten* einhergehen kann. Dies erscheint insofern wenig bedacht worden zu sein, als sich nirgends eine Regelung findet, wie etwa in Fällen einer Videovernehmung mit der *Beziehung eines Verteidigers bzw. einer Verteidigerin* umzugehen ist und wo er*sie sich bei der Vernehmung befinden soll. Naheliegend wäre es, dass der*die Verteidiger*in *bei dem*der Beschuldigten in der Haftanstalt sitzt* (in entsprechendem Abstand und unter Einhaltung der erforderlichen Sicherheitsbestimmungen), denn eine bloße Zuschaltung des Verteidigers bzw. der Verteidigerin per Video wird vielfach nicht ausreichen, weil auf diese Weise eine unkontrollierte Besprechung zwischen Verteidiger*in und Mandant*in nicht gewährleistet ist.⁴⁶ Für die Hauptverhandlung bedeutet

42 BGBl. I. 24/2020 Art 32 Z 7.

43 Zu den ebenfalls geschaffenen Möglichkeiten von Videovernehmungen im Rechtsmittelverfahren vgl. Birklbauer in Resch, Corona-HB Kap 16 Rz 51 ff.

44 BGBl. I 14/2020.

45 § 4 der Verordnung der BMJ zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19; BGBl. II 113/2020 in der Fassung 243/2020.

46 Laut Mitteilung von BMJ *Zadić* gegenüber dem Parlament wurde auf die Kritik von Rechtsanwält*innen, dass Angeklagte bei Videoverhandlungen nicht immer

dies freilich, dass die unmittelbare Möglichkeit, sich in die Verhandlung einzubringen, verloren geht, wenn der*die Verteidiger*in nicht unmittelbar vor Ort ist. Dies könnte die Qualität der Verteidigung beeinträchtigen. Insofern wäre es besser, der*die Verteidiger*in würde im Verhandlungsaal sitzen, wodurch aber wiederum eine unumschränkte Kommunikation mit dem Mandanten bzw. der Mandantin nur bei einer Unterbrechung der Hauptverhandlung möglich wäre, im Zuge derer der*die Verteidiger*in den Mandanten bzw. die Mandantin in der Justizanstalt aufsucht. Diese Überlegungen zeigen mit Blick auf den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz und Grundrechtsüberlegungen, dass Hauptverhandlungen per Videokonferenz die absolute Ausnahme bleiben müssen und einer Vertagung von Verhandlungen auf Zeiten nach den COVID-19-Beschränkungen der Vorzug zu geben ist, was jedoch mit Blick auf das Beschleunigungsgebot, das für Haftsachen gilt, problematisch sein kann.

In der Praxis gibt es Diskussionen darüber, ob vermehrte Videovernehmungen in Haftsachen nicht ein ökonomischer Weg für die Zukunft sein könnten, vor allem, wenn die Justizanstalt sich nicht in Gerichtsnähe befindet, sondern am Stadtrand und dadurch beträchtliche Ressourcen durch den Transport des*der Gefangenen zur gerichtlichen Vernehmung gebunden werden. Schon die angesprochenen Bedenken zur Kommunikation zwischen Beschuldigtem bzw. Beschuldigter und Verteidiger*in lassen hier jedenfalls Zurückhaltung angebracht erscheinen. Weiters ist die Wahrnehmung von Stimmungen und emotionalen Reaktionen, wie sie etwa für die Beurteilung der Glaubwürdigkeit wesentlich sein können, bei einer Videovernehmung eingeschränkt. Auch dies lässt eine pandemieunabhängige Fortführung von Videovernehmungen in Haftsachen bedenklich erscheinen.

5.2 Faktische Beschränkung öffentlicher Hauptverhandlungen

Art. 90 Abs. 1 B-VG⁴⁷ normiert die Verpflichtung zur *Öffentlichkeit von Verhandlungen in Strafsachen* mit dem Vorbehalt, dass Ausnahmen das Gesetz bestimmt. In ähnlicher Weise kennt Art. 6 Abs. 1 der Europäischen Men-

die Möglichkeit hätten, sich ungestört mit ihrem Verteidiger bzw. ihrer Verteidigerin zu unterhalten, insofern reagiert, als U-Häftlingen ein Handy zur Verfügung zu stellen ist, damit sie sich – ungestört – mit ihren Verteidiger*innen unterhalten können (vgl. Parlamentskorrespondenz Nr. 372 vom 24.04.2020).

47 Bundes-Verfassungsgesetz, BGBl. 1/1930.

schenrechtskonvention (EMRK)⁴⁸ den Öffentlichkeitsgrundsatz. Dahinter steht die Überlegung, sowohl eine Kontrolle der Justiz durch das Volk als Ausfluss des Demokratieprinzips zu ermöglichen, als auch den Angeklagten vor einer überbordenden Gerichtsbarkeit zu schützen.⁴⁹

Öffentlichkeit der Hauptverhandlung bedeutet, dass es jedem im Rahmen der technischen Möglichkeiten erlaubt sein muss, einer Verhandlung beizuwohnen. Dies bedeutet freilich nicht, dass der Zutritt zur Hauptverhandlung schlechthin allen interessierten Personen nach ihrem Belieben und ohne Begrenzung ermöglicht werden muss.⁵⁰

In Umsetzung der Verfassungsnormen lässt die StPO Einschränkungen der Öffentlichkeit zu, wobei jedoch die *Verkündung des Urteils immer öffentlich* erfolgen muss (§ 229 Abs. 4 StPO). Für die *Verhandlung* kann die Öffentlichkeit unter anderem wegen Gefährdung der öffentlichen Ordnung oder der nationalen Sicherheit ausgeschlossen werden (§ 229 Abs. 1 Z. 1 StPO). Das Ansteckungsrisiko bei einer Pandemie lässt sich jedoch nicht darunter subsumieren.⁵¹ Und selbst bei einem Ausschluss der Öffentlichkeit dürfen Richter*in, StA und Strafverteidiger*in, auch wenn sie mit dem konkreten Verfahren nichts zu tun haben, niemals ausgeschlossen werden, sodass das Infektionsrisiko durch einen Ausschluss der Öffentlichkeit allenfalls begrenzt, nicht jedoch völlig unterbunden werden könnte. Dies vor allem auch deswegen, weil Angeklagte, Opfer und Privatbeteiligte verlangen können, dass drei Personen ihres Vertrauens der Zutritt gestattet werde (vgl. § 230 Abs. 2 StPO). Dadurch soll stets ein Mindestmaß an Kontrolle der Justiz gewährleistet bleiben.

Der Gesetzgeber hat im Zuge der COVID-19-Gesetze letztlich nicht versucht, in den verfassungsrechtlich gewährleisteten Öffentlichkeitsgrundsatz einzugreifen. Selbst wenn verhaftete Angeklagte per Video vernommen wurden (vgl. § 239 Satz 2 StPO), hatte dies in einem Verhandlungssaal zu geschehen und durften Zuhörer*innen der Hauptverhandlung beiwohnen.

Der Ausschluss der Öffentlichkeit hat durch Beschluss des entscheidenden Gerichts zu erfolgen (§ 229 Abs. 2 StPO). Nach der Judikatur ist der Öffentlichkeitsgrundsatz aber auch durch die faktische Hinderung Inter-

48 Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten; BGBl. 210/1958.

49 Vgl. dazu mit Nachweisen etwa Birklbauer, JSt 2009, S. 109; weiters Danek/Mann in WK-StPO § 228 Rz 4.

50 Vgl. OGH 15 Os 84/13m = RIS-Justiz RS0128996.

51 Vgl. dazu die Beispiele bei Danek/Mann in WK-StPO § 229 Rz 2 f, welche allgemeine Gesundheitserwägungen nicht zu tragen vermögen.

sierter, an der Hauptverhandlung teilzunehmen, verletzt.⁵² Dies ist etwa der Fall, wenn das Gericht keine Vorkehrungen trifft, potentiellen Zuhörer*innen nach Versperren des Gerichtsgebäudes den Zutritt zum Verhandlungsaal zu ermöglichen (z. B. durch Hinterlassen einer Telefonnummer).⁵³ Insofern wäre ein unzulässiger Ausschluss der Öffentlichkeit etwa vorgelegen, wenn es potentielle Zuhörer*innen zwar bis zum Gericht schafften, aber nicht in das (verschlossene) Gebäude gelangen konnten bzw. die Sicherheitskontrolle eine für sie unüberwindliche Schranke bildete. Auch die Verordnung des Gesundheitsministers, welche infolge von § 2 COVID-19-Maßnahmengesetz⁵⁴ ergangen war,⁵⁵ konnte in diese Richtung interpretiert werden, denn bei den in § 2 normierten Ausnahmen vom Verbot des Betretens öffentlicher Orte war die Wahrung von Grundrechten oder die Inanspruchnahme von Grundsätzen der Demokratie, wie sie z. B. hinter dem Öffentlichkeitsgrundsatz stehen, nicht angeführt. Insofern wäre es nach Darstellung seitens der Bundesregierung auch nicht erlaubt gewesen, das Haus zu verlassen, um einer öffentlichen Gerichtsverhandlung als Zuhörer*in beizuwohnen, wodurch der verfassungsrechtliche Öffentlichkeitsgrundsatz in gewisser Weise per Verordnung untergraben war.⁵⁶ Vor diesem Hintergrund war mit Spannung zu erwarten, wie die Judikatur mit COVID-19 bedingten Verletzungen des Öffentlichkeitsgrundsatzes umgehen wird.

Am 26. März 2021 war in Medien die Schlagzeile zu lesen: „OGH: Ausgangssperren mit Öffentlichkeitsgrundsatz vereinbar“.⁵⁷ Die dieser Schlagzeile zu Grunde liegende Entscheidung⁵⁸ ging auf die Verletzung des Öffentlichkeitsgrundsatzes letztlich nicht ein, sondern stellte schlicht fest, dass im Zeitpunkt der Hauptverhandlung die gesetzgeberischen Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID 19 für Strafsachen – anders als etwa für bürgerliche Rechtssachen – keine Beschränkungen für die Durchführung von Hauptverhandlungen vorsahen. Darüber hinaus habe der Verteidiger im Rechtsmittel auch keinen faktischen Ausschluss der

52 Vgl. OGH 15 Os 61/02 = RIS-Justiz RS0117048.

53 Vgl. OGH 13 Os 102/11s.

54 Vgl. BGBl. I 12/2020.

55 Vgl. BGBl. II 98/2020 in der Fassung 162/2020. Diese Verordnung ist entsprechend ihrem § 7 mit 30. 4. 2020 außer Kraft getreten.

56 Kritisch zu dieser Maßnahme vgl. Birklbauer, JSt 2020, S. 197.

57 ORF: OGH: Ausgangssperren mit Öffentlichkeitsgrundsatz vereinbar, in: <https://orf.at/stories/3206831/> [1.7.2021].

58 Vgl. OGH 14 Os 6/21w = RIS-Justiz RS0133515 = JSt 2021, S. 308 mit Anm. Birklbauer.

Öffentlichkeit – etwa durch versperrte Gerichtsgebäude – geltend gemacht. Zur Frage, ob die Ausgangssperren mit dem Öffentlichkeitsgrundsatz vereinbar waren, hat sich der OGH letztlich nicht geäußert, weil es kein rechtliches Hindernis für potentiell interessierte Zuhörer*innen gab, an einer Hauptverhandlung teilzunehmen.

6. Ausgewählte pandemiebedingte Maßnahmen im Bereich des Strafvollzugs

Das bereits erwähnte 1. COVID-19-JuBG hat der BMJ auch im Bereich des Strafvollzugs verschiedene Verordnungsermächtigungen eingeräumt. Durch den Verweis auf die sinngemäße Anwendung des I. Hauptstücks des genannten Gesetzes stehen diese unter dem Leitgedanken, „einerseits die Gefahr eines Übergreifens des Virus auf den Strafvollzug möglichst hintanzuhalten, andererseits aber auch das System des Strafvollzugs, einschließlich seiner rechtsstaatlichen Garantien, möglichst aufrechtzuerhalten bzw. zu bewahren, um so bestmöglich zur Sicherheit der Allgemeinheit, aber nicht zuletzt auch der Strafvollzugsbediensteten und der im Strafvollzug befindlichen Personen beizutragen“.⁵⁹ Die folgenden Ausführungen betreffen beispielhaft die Möglichkeiten zum Haftaufschub sowie die Einschränkungen des Besuchsverkehrs gegenüber Gefangenen.⁶⁰

6.1 Möglichkeiten zum Haftaufschub

§ 10 Z. 1 1. COVID-19-JuBG erlaubt es der BMJ, per Verordnung das *Unterbleiben der Aufforderung zum Strafantritt* für eine*n auf freiem Fuß befindlichen rechtskräftig zu einer Freiheitsstrafe Verurteilten (§ 3 Abs. 2 erster Satz StVG⁶¹) für die Dauer von COVID-19-Maßnahmen, nach derzeitigem Stand also längstens bis 31. 12. 2021, *anzuordnen*, während § 10 Z. 4 1. COVID-19-JuBG generell einen *Vollzugaufschub* (§ 6 Abs. 1 StVG) für Freiheitsstrafen bis zu drei Jahren ermöglicht, um den Zugang in den Strafvollzug zu beschränken. Darüber hinaus ermächtigt § 10 Z. 3 1. COVID-19-JuBG dazu, mit COVID-19 infizierte Personen oder solche, die we-

59 Initiativantrag (IA) Nr. 397/A 27. GP S. 39.

60 Zu den anderen Änderungen im Bereich des Strafvollzugs vgl. Birklbauer in Resch, Corona-HB Kap 16 Rz 79 ff.

61 Bundesgesetz vom 26. März 1969 über den Vollzug der Freiheitsstrafen und der mit Freiheitsentziehung verbundenen vorbeugenden Maßnahmen (Strafvollzugsgesetz – StVG); BGBl. 144/1969.

gen Kontakts mit infizierten Personen unter Quarantäne stehen, gemäß § 5 StVG als (ursprünglich) und § 133 StVG als (nachträglich) *vollzugsuntauglich* einzustufen. Dies bedeutet nicht, dass diese Personen in jedem Fall auf freiem Fuß bleiben oder enthaftet werden, sondern allenfalls eine Haft anderer Art (z. B. in einer öffentlichen Krankenanstalt) vollzogen werden kann, wenn die Kapazitäten der Justizanstalten zur medizinischen Behandlung und zu besonderen Quarantänemaßnahmen erschöpft sind.⁶² Eine solche Haft anderer Art in einer Krankenanstalt ist für den Verurteilten günstig, weil er durch seine Krankheit ohnehin in seiner Freiheit beschränkt ist und mit dem „besonderen Strafvollzug“ im Ergebnis einen Teil seiner Freiheitsstrafe auf diese Weise verbüßt.

Die Umsetzung dieser positiv zu bewertenden gesetzlichen Ermächtigungen durch die BMJ war bemerkenswert. Nach § 2 der entsprechenden Verordnung⁶³ war zwar bei einem* einer Verurteilten, der*die sich auf freiem Fuß befand, ein Strafantritt aufzuschieben⁶⁴, davon wurden aber Verurteilte wegen einer in § 33 Abs 2 StGB umschriebenen Tat (im Wesentlichen Gewalt im sozialen Nahbereich, in hohem Ausmaß oder unter Waffeneinsatz) oder sonst wegen eines bestimmten Sexualdelikts (§§ 201, 202, 205, 205a, 206, 207, 207a oder 207b StGB) ausgenommen, obwohl ihre Gefährlichkeit als so gering eingestuft wurde, dass sie nicht in U-Haft waren. Nach dem Terroranschlag in Wien im November 2020 wurde diese Bestimmung um Terrordelikte (§§ 278b bis 278g und § 282a StGB) ergänzt.⁶⁵ Durch diesen *Ausschluss bestimmter Tätergruppen vom Vollzugsaufschub* war die Verordnung deutlich enger als es das Gesetz erforderte. Damit wurde letztlich ausgedrückt, dass solche Straftäter*innen weniger vor COVID-19-Infektionen zu schützen sind, was unter Verhältnismäßigkeitsgesichtspunkten und mit Blick auf die Menschenwürde mehr als bedenklich ist.

62 Vgl. IA 397/A 27. GP S. 39.

63 Vgl. Verordnung der BMJ über besondere Vorkehrungen im Anwendungsbereich des StVG zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 vom 26. 3. 2020; BGBl. II 120/2020. Die Verordnung tritt nach ihrem derzeit geltenden § 10 mit 30. 9. 2021 außer Kraft (BGBl. II 2021/282).

64 Das ursprüngliche Aufschubdatum bis 30. 4. 2020 wurde mittlerweile in bestimmten Fällen sogar auf 30. 6. 2021 geändert (BGBl. II 2021/125). Obwohl die Verordnung nach derzeitigem Stand noch bis 30.9.2021 gilt, hat sie in diesem Punkt ab 1.7.2021 keinen Anwendungsbereich mehr.

65 Vgl. BGBl. II 2020/493.

6.2 Besuchsbeschränkungen

Menschen in Haft sind in ihren Kontakten zur Außenwelt von vornherein stark beschränkt. Um den vorhandenen persönlichen und familiären Beziehungen überhaupt eine Chance zu geben, sind sie – auch mit Blick auf die Resozialisierung – aber entscheidend. Da durch Besuche ein Infektionsrisiko besteht, war die Einschränkung der Besuchsmöglichkeiten im Rahmen der COVID-19-Krise naheliegend. Vor diesem Hintergrund ermächtigte § 10 Z 5 1. COVID-19-JuBG die BMJ, den Besuchsverkehr (§ 93 StVG) für die Dauer der vorläufigen COVID-19-Maßnahmen auf *telefonische Kontakte* zu beschränken oder *sonstige Beschränkungen des Verkehrs mit der Außenwelt* vorzusehen, wobei sich für diese Beschränkungen keine weitere Determinierung fand.⁶⁶ Mit § 5 der entsprechenden Verordnung⁶⁷ wurde der Besuchsverkehr (§ 93 StVG), mit Ausnahme der Besuche von Vertreter*innen öffentlicher Stellen und von Betreuungseinrichtungen sowie von Rechtsbeiständen (§ 96 StVG) letztlich bis zum 10. 5. 2020⁶⁸ auf telefonische Kontakte beschränkt. Das Besuchsverbot zwischen 1. und 10. 5. 2020 wurde insofern gelockert, als ab diesem Zeitpunkt *Besuche einzelner Personen* zugelassen wurden, bei unter 14-jährigen Besucher*innen auch mit einer erwachsenen Begleitperson. Damit sollte einerseits gewährleistet werden, dass Infektionen von Strafgefangenen und Vollzugspersonal mit COVID-19 nach Möglichkeit verhindert werden, andererseits doch auch den Rechten von Gefangenen entsprochen werden. Insgesamt kann diese Regelung als zunächst verhältnismäßig eingestuft werden.

Die Verschärfung der Pandemie führte auch zu neuen Besuchsbeschränkungen im Strafvollzug. So wurde § 5 der genannten Verordnung mit Wirkung vom 21. 11. 2020 wieder eingeführt und zunächst mit 13. 12. 2020 befristet.⁶⁹ In den darauffolgenden Tagen galt sie infolge der Lockerungen rund um Weihnachten nicht. Mit Wirkung 30. 12. 2020 wurde sie erneut

66 Eine inhaltsgleiche Ermächtigung sieht § 9 Z. 5 1. COVID-19-JuBG für den Bereich der U-Haft (§ 188 Abs 1 StPO) vor.

67 Vgl. BGBl. II 120/2020.

68 Vgl. BGBl. II 184/2020. Zur inhaltsgleichen Regelung für die U-Haft vgl. § 5 der Verordnung der BMJ, mit der zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 besondere Vorkehrungen in Strafsachen getroffen werden (BGBl. II 113/2020 in der Fassung BGBl. II 180/2020).

69 Vgl. BGBl. II 2020/493.

eingeführt⁷⁰ und letztlich bis 2. 5. 2021 verlängert.⁷¹ Dass nicht mehr als zwei Besucher*innen gleichzeitig zum Besuch eines*einer Strafgefangenen zugelassen werden, gilt nach derzeitigem Stand noch bis zum 30. 9. 2021. Die Tendenz, die Grundrechte von Personen, die keine Lobby haben, über Gebühr stark einzuschränken, zeigt sich auch in diesem Bereich.⁷²

7. Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Im Bereich des materiellen Strafrechts gab es bei den Delikten zum Schutz von Leib und Leben (§§ 75 ff StGB) sowie jenen zum Schutz der „Volksgeundheit“ (§§ 178 f StGB) keine pandemiebedingten Veränderungen. Die Rechtspraxis, die vor allen hinsichtlich der abstrakten Gefährdungsdelikte zum Schutz der allgemeinen Gesundheit (§§ 178 f StGB) zunächst dem (gesundheitspolitischen) Mainstream folgte und die Missachtung eines Absonderungsbescheids als ausreichend für eine Strafbarkeit ansah, ist mittlerweile einer differenzierten Ansicht gewichen, nach der es auf bestimmte Parameter ankommt, damit eine Person als ausreichend infektiös gelten kann, um gesundheitsgefährdend zu sein.

Mit den Impfmöglichkeiten ist das Phänomen des „Vordrängens“ in Erscheinung getreten, mit den zunehmenden Lockerungen, für die negative Testergebnisse Voraussetzungen waren, gingen Fälschungen von Testbestätigungen einher, die sich beim so genannten „Grünen Pass“ wohl fortsetzen werden. Das Vordrängen bei Impfungen ist ohne strafrechtliche Relevanz, sofern die vorgesehene Reihenfolge nicht als Ausgleich für eine „Spende“ oder einen sonstigen Vorteil durchbrochen wird. Für Fälschungen von Testbestätigungen können die Delikte der Urkundenfälschung (§ 223 StGB) bzw. Datenfälschung (§ 225a StGB) einschlägig sein und damit ein vielfach größeres strafrechtliches Risiko begründen als das Vordrängen bei den Impfungen, was unter rechts- und kriminalpolitischen Gesichtspunkten diskussionswürdig ist.

Im Bereich des Strafverfahrens wurde die Diskussion, ob der Ausschluss der Öffentlichkeit von Hauptverhandlungen durch pandemiebedingte

70 Vgl. BGBl II 2020/624.

71 Vgl. BGBl II 2021/183, wobei infolge unterschiedlicher regionaler Entwicklungen die Beschränkung am Ende nur mehr für die Bundesländer Wien und Niederösterreich gegolten haben.

72 Kritisch zu diesen Beschränkungen und ihre Ausgestaltung mit Blick auf die Grundrechte von Strafgefangenen und ihren Angehörigen vgl. Czech, JSt 2021, S. 271.

Ausgangsbeschränkungen grundrechtswidrig war, letztlich vom OGH dahingehend entschieden, dass es kein rechtliches Hindernis für potentiell interessierte Zuhörer*innen gab, an einer Hauptverhandlung teilzunehmen, und faktische Hindernisse im Einzelfall nicht geltend gemacht wurden. Dies erweckt ein bisschen den Eindruck: Es war ja nicht so schlimm!

Beschuldigtenvernehmungen per Video zur Eindämmung von COVID-19 wurden im Strafverfahren zum Teil ein fester Bestandteil im Verfahren, der von manchen positiv bewertet wurde im dem Sinne: es hat alles überraschend gut funktioniert. Insofern verwundert es nicht, wenn derzeit sogar die Diskussion dahingehend geführt wird, diese Möglichkeit pandemieunabhängig bestehen zu lassen. Dass Grundrechtsaspekte weitgehend dagegensprechen, wurde dargelegt.

Ein Rückblick auf eineinhalb Jahre Pandemie führt zusammenfassend zum Resümee, dass das Strafrecht kein taugliches Mittel zum Krisenmanagement war (und ist). Insofern verdient der vom Gesetzgeber gewählte maßvolle Einsatz des Strafrechts mit Blick auf den Ultima-Ratio-Grundsatz Zustimmung. Lob gebührt auch der Justiz, die mit Fortdauer der Pandemie den politischen ‚Mainstream‘ kritisch hinterfragte und eine Missachtung des Absonderungsbescheides nicht mehr für die Gefährdung der ‚Volksundheit‘ und damit eine Strafbarkeit wegen §§ 178 f StGB ausreichen ließ. Wenn es im Bereich des Strafverfahrens nun jedoch darum geht, das ‚Positive‘ von Social Distancing bei Verhandlungen unabhängig von der Pandemie für die Zukunft mitzunehmen, sind jedenfalls mit Blick auf Videovernehmungen Bedenken angebracht. Zur Feststellung der Schuld und zur Festsetzung einer strafrechtlichen Sanktion bedarf es direkter und unmittelbarer Kommunikation, um auch ‚Botschaften zwischen den Zeilen‘ zu erfassen, die in Videokommunikationen schlicht unterzugehen drohen.

Literatur:

Birklbauer, Alois: Die Öffentlichkeit der Hauptverhandlung. Ein Prozessgrundsatz im Spannungsfeld zwischen Beschuldigten-, Opfer- und Bevölkerungsinteresse, in: *Journal für Strafrecht (JSt)* 7/4 (2009) 109–117.

Birklbauer, Alois: Kapitel 16: Strafrecht, in: Resch, Reinhard (Hg): *Das Corona-Handbuch. Österreichs Rechtspraxis zur aktuellen Lage*, Wien: Manz 2020, 403–432 (= Corona-HB Kap 16 Rz xx).

Birklbauer, Alois: Die Auswirkung der COVID-19-Gesetze auf das Strafrecht, in: *Journal für Strafrecht (JSt)* 7/3 (2020) 197–203.

- Birklbauer, Alois: Strafrechtliche Haftung der Gesundheitsberufe, in: Resch, Reinhard/Wallner, Felix (Hg): Handbuch Medizinrecht. 3. Auflage, Wien: LexisNexis 2020 (= Kap X Rz xx).
- Burgstaller, Manfred/Fabrizy, Ernst Eugen: § 83 StGB, in: Höpfel, Frank/Ratz, Eckart (Hg): Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch. 2. Auflage, Wien: Manz 2018 (= WK² StGB).
- Czech, Peter: Besuchsbeschränkungen in Justizanstalten zur Bekämpfung von Covid-19, in: Journal für Strafrecht (JSt) 8/3 (2021) 271–278.
- Danek, Michael/Mann, Irene: § 228 StPO, in: Fuchs, Helmut/Ratz, Eckart (Hg): Wiener Kommentar zur Strafprozessordnung, Wien: Manz 2017 (= WK-StPO).
- Leukauf, Otto/Steininger, Herbert/Tipold, Alexander: § 178 Strafgesetzbuch. Kommentar. 4. Auflage, Wien: Linde 2017.
- Murschetz, Verena: §§ 178, 179 StGB, in: Höpfel, Frank/Ratz, Eckart (Hg): Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch. 2. Auflage, Wien: Manz 2020 (= WK² StGB).
- Neuhofer, Magdalena: Strafrechtliche Aspekte der Fälschung von Antigen-Schnelltestergebnissen, in: Journal für Strafrecht (JSt) 8/3 (2021) 231–238.

Rechtliche Erwägungen zur Flexibilisierung der Fernlehre

Manfred Novak

1. Einleitung

Nachdem im März 2020 das sogenannte *Corona-Virus* sich in 115 Ländern ausgebreitet hatte wurde von der WHO diesbezüglich eine Pandemie ausgerufen. Seit dem Auftreten der ersten Covid-19-Fälle in Österreich, im Februar 2020, sind zwischenzeitlich mehr als 1 ½ Jahre vergangen. In diesem Zeitraum wurde eine nicht leicht überschaubare Vielzahl betreffender Gesetze, Gesetzesänderungen und Verordnungen erlassen.

Mehrere dieser normativen Spezialregelungen tangieren auch den Universitäts- und Hochschulsektor. Angesprochen sind damit zentral das Covid-19-Hochschulgesetz^{1,2} und die Covid-19-Universitäts- und Hochschulverordnung³ sowie damit korrespondierende Änderungen der hochschulischen Materiegesetze.

Mit Hinblick auf die öffentlichen Universitäten⁴ wurde das normative Beziehungsgefüge, im Verhältnis von Unionsrecht, Verfassungsrecht und Universitätsrecht, bereits allgemein ausgelotet.⁵ Dies insbesondere mit Beachtung auf die grundsätzliche Abwägung von staatsseitiger Ingerenz und universitärer Autonomie.

Gegenständlich sollen, vor diesem Hintergrund, nunmehr im Speziellen die Folgen der pandemiebedingten Sonderregelungen hinsichtlich der Durchführung universitärer Lehre näher betrachtet werden.

Wie in anderen Bereichen des sozialen Zusammenlebens haben sich in Zeiten von Covid-19 auch im Studienbetrieb der Universitäten bestimmte Distanz-Formen eingeübt. Vor allem die aus Gründen des Gesundheitsschutzes breitflächig eingesetzten Praktiken zur elektronischen Durchführung der Lehre und Abnahme von Prüfungen haben Überlegungen da-

1 C-HG, BGBl I 2020/23, idgF.

2 Vgl. auch das 2. COVID-19-Hochschulgesetz, 2. C-HG, BGBl I 2021/76.

3 C-UHV, BGBl II 2020/171, idgF.

4 Angesprochen sind die in § 6 Universitätsgesetz 2002 (UG) gelisteten 22 hochschulischen Institutionen mit spezifischer Rechtsstellung (vgl. insb §§ 4 f UG iVm Art 81c B-VG) und besonderer Bundesingerenz (vgl. insb §§ 8 f, 12, 13 UG).

5 Vgl. Novak, Corona-Maßnahmen 153 ff.

rüber in Gang gesetzt, ob derartige Methoden der Studiendurchführung, auch unter dem Aspekt von Massenstudien und begrenzten Ressourcen, nicht als Zukunftsmodell, im Sinne von *Blended Universities* bzw. *Virtuellen Universitäten*, erwägenswert sind.

Nach den bisherigen UG⁶-Regelungen⁷ waren Fernstudienelemente und elektronische Lernumgebungen nur begrenzt einrichtbar, eine breit angelegte digitale Fernlehre war damit nicht intendiert. Im Zuge der zur Pandemie-Bekämpfung erforderlich gewordenen Ausnahmebestimmungen wurde den Universitäten temporär ein darüberhinausgehender Ermessensspielraum für Distanzlehre und Distanzprüfungen eingeräumt.⁸

Im Rahmen einer kürzlich erlassenen zweiten UG-Novelle 2021⁹ ist nunmehr eine weitgehende Liberalisierung der universitären Regelungskompetenz hinsichtlich des Einsatzes elektronischer Lehre und elektronischer Prüfungen vorgesehen.¹⁰ Der Grad an Ausweitung autonomer Entscheidungszuständigkeit ist dabei im Lichte von Entwicklung, Gesamtsystematik und Intentionen des UG zu werten. Die maßgeblichen Parameter für die Auslotung des diesbezüglichen universitären Handlungsspielraums sollen nachstehend einer näheren Betrachtung unterzogen werden. Einleitend erfolgt dazu die Abklärung der belangvollen verfassungsrechtlichen Ausgangslage.

2. Wissenschaftsfreiheit – Lehrfreiheit – Methodenfreiheit

Im Vorfeld der Untersuchung der Gegebenheiten und Möglichkeiten hinsichtlich der Gestaltung und Durchführung der universitären Lehre im Distanz-Betrieb sollen die verfassungsrechtlichen Schutzwirkungen der Wissenschaftsfreiheit betreffend die diesbezügliche Gesetzgebung und Vollziehung dargestellt werden.

6 Universitätsgesetz 2002, BGBl I 2002/120, idgF.

7 Angesprochen ist zentral § 76 Abs 3 UG, aF (= idF vor der UG-Novelle BGBl I 2021/93).

8 Vgl. § 1 Z 11 C-HG iVm § 10 Abs 1 C-UHV.

9 Angesprochen ist die UG-Novelle BGBl I 2021/93; die gegenständlich zentral relevanten Bestimmungen treten mit 1. 10. 2021 in Kraft (vgl. § 143 Abs 61, 80 iVm § 52 Abs 1 UG).

10 Vgl. dazu auch die EB 662 BlgNR 27. GP 1.

2.1. Rechtsgrundlage und Garantienpflicht

Die traditionelle Basisregelung für die Ausübung wissenschaftlicher Lehre an Universitäten stellt die in Art 17 StGG¹¹ im Verfassungsrang normierte Freiheit der Wissenschaft und ihrer Lehre dar.¹² Nach seinem entstehungsgeschichtlichen Konnex garantiert dieses Grundrecht ein relativ abwägungsfestes Abwehrrecht des einzelnen Forschenden und Lehrenden gegen intentional auf Einschränkung dieser Freiheiten gerichtete Staatsakte,¹³ vornehmlich in Form generell abstrakter Anordnungen per Gesetz und Verordnung oder individuell konkreter Normen per Bescheid.

Über diese Abwehrfunktion hinaus erfließt der Wissenschaftsfreiheit aber auch die staatliche Pflicht, einen rechtlichen Rahmen zu garantieren, der die unbeeinflusste Wahrnehmung der Forschungs- und Lehrfreiheit ermöglicht.¹⁴ Wobei die Wissenschaftsfreiheit nach der Intensität ihrer Schutzwirkung, und damit auch betreffend staatsseitiger Gewährleistungspflichten, Forschung und Lehre grundsätzlich gleichermaßen erfasst.¹⁵ Im Effekt sind damit sowohl der Bund als universitätsrechtlicher Normgeber als auch die Universitätsorgane im Rahmen ihrer autonomen Regelungskompetenz¹⁶ zur ausreichenden Beachtung der Freiheit der Lehre verhalten.

2.2. Schutzwirkung der Lehrfreiheit

Bezüglich das Erfordernis der Sicherstellung und Wahrung der Lehrfreiheit stellt sich zentral die Frage nach der Abgrenzung des Schutzobjektes der Wissenschaftsfreiheit, mithin nach dem Gehalt der Lehrfreiheit und damit ihren Komponenten im Einzelnen. Dies ist deshalb von besonderer Relevanz, weil nach ständiger Rechtsprechung (lediglich) der Wesensge-

11 Staatsgrundgesetz über die allgemeinen Rechte der Staatsbürger, RGBL 1867/142, idGF.

12 Für die Freiheit der Kunst und ihrer Lehre vgl. Art 17a StGG. Die bezüglichlichen Ausführungen zu Art 17 StGG gelten für Art 17a StGG sinngemäß.

13 Vgl. etwa VfGH 14. 12. 1994, B 1400/92; 16. 6. 1988, G 97–100/88 VfSlg 11.737/1988; 19. 6. 1957, B 17/57 VfSlg 3191/1957.

14 Zur institutionellen Komponente der Staatsverantwortung für die Sicherung ausreichender Wissenschaftsfreiheit gem Art 81c B-VG (Bundes-Verfassungsgesetz, BGBl 1930/1, idGF) vgl. VfGH 29. 6. 2013, G 35–40/2013, V 32–36/2013 zfhr 2013/5, 142 ff = n@hz 2013/4, 155 ff.

15 Vgl. etwa VfGH 10. 6. 1996, B 696/96 VfSlg 14.485/1996.

16 Zur Rechtsgrundlage vgl. § 5 UG iVm Art 81c B-VG.

halt eines Grundrechtes dem verfassungsrechtlichen Schutz vor normativen Einschränkungen unterfällt.¹⁷

Dabei ist festzuhalten, dass die Lehrfreiheit, anders als die Forschungsfreiheit, in Lehre und Judikatur nicht eindeutig umrissen ist. Nach der herkömmlichen verfassungsgerichtlichen Judikatur ist durch die Zusicherung der Freiheit der Lehre die gerichtliche oder behördliche Verfolgung wegen Aufstellung eines wissenschaftlichen Lehrsatzes untersagt.¹⁸ Als Sonderfall des Grundrechts auf freie Meinungsäußerung^{19,20} sichert davon ausgehend die Lehrfreiheit jedenfalls die Freiheit der ungehinderten Verbreitung (eigener) wissenschaftlicher Erkenntnisse zu.²¹

2.3. *Lehrfreiheit und Rahmenvorgabe*

Im Sinne dieser Verzahnung von Forschungserkenntnis und Lehre kann davon ausgegangen werden, dass die Lehrfreiheit im Grunde auf den Schutz des Lehrinhaltes und damit die Entscheidungsfreiheit darüber abzielt.²² Daraus folgt, dass etwa auch universitätsrechtliche Normen, die ausschließlich den äußeren Rahmen der Lehre regeln, mit der Wissenschaftsfreiheit kompatibel sind.²³ Es gilt daher als zulässig, dass der Gesetzgeber Form und Gegenstand der Lehrtätigkeit festlegt.²⁴

In diesem Sinne hat die Gesetzgebung verschiedentlich diesbezügliche Regelungen getroffen bzw. Universitätsorgane zu entsprechenden Bestimmungen und Entscheidungen ermächtigt.²⁵ Wobei im gegebenen Zusammenhang nachfolgend insbesondere zu beleuchten ist, ob bzw. inwieweit

17 Vgl. etwa VfGH 2. 7. 1987, B 334/86 VfSlg 11.404/1987; 28. 11. 1985, B 249/84 VfSlg 10.700/1985.

18 So etwa schon VfGH 19. 6. 1957, B 17/57 VfSlg 3191/1957.

19 Vgl. VfGH 14. 12. 1994, B 1400/92 VfSlg 13.978/1994; VwGH 28. 7. 2000, 1997/09/0106.

20 Zur Meinungsfreiheit vgl. Art 13 StGG sowie Art 10 EMRK (Europäische Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten, BGBl 1958/210, idgF).

21 Vgl. Bezemek, Grundrechte § 19 Rz 3; Hauser, Wissenschaftsfreiheit Rz 15/13.

22 IdS etwa Hengstschläger/Leeb, Grundrechte Rz 20/7.

23 Vgl. VfGH 16. 6. 1988, G 97–100/88 VfSlg 11.737/1988 sowie VfGH 14. 12. 1994, B 1400/92 VfSlg 13.978/1994.

24 So Adamovich/Funk/Holzinger/Frank, Grundrechte Rz 42.212 f; vgl. auch VfGH 14. 12. 1994, B 1400/92 VfSlg 13.978/1994.

25 Vgl. insb § 58 iVm § 76 UG.

auf dieser Basis von den Universitäten Distance Learning eingerichtet werden kann.

3. Präsenzlehre – Fernlehre – Distance Learning

3.1. Entwicklung der Rechtsgrundlage

Hinsichtlich der Möglichkeiten und Grenzen bei der Gestaltung von Lehr- und Prüfungsbetrieb ist, neben dem verfassungsrechtlichen Einordnungsrahmen, wesentlich auf Gehalt und Intention der bezüglichen materiellegesetzlichen Regelungen abzustellen. Dabei sind die Entwicklung des betreffenden Normenbestandes sowie Systematik und Wechselbeziehungen des universitätsrechtlichen Regelungsstockes ins Auge zu fassen.

3.1.1 Status quo ante

Erste normative Ansätze für die Implementierung von Fernstudien, als spezifische Form der Durchführung des Studienbetriebs an den Universitäten, gehen auf das AHStG²⁶ zurück, wo im Rahmen einer Novelle aus 1995²⁷ der Fernstudienbegriff erstmals ausdrücklich Eingang in die Bestimmungen zur Gestaltung der Studienordnungen und Studienpläne²⁸ gefunden hat.

Als eigentliche Keimzelle für den Einsatz von Fernstudien, als Studierendurchführung in Abwesenheit vom Studienort, kann das UniStG²⁹ betrachtet werden. Dass mit § 8 *leg cit* eine eigene Fernstudienregelung in das erste Hauptstück des zweiten Teils des UniStG integriert wurde, ist dabei wesentlich auf drei Umstände zurückzuführen.

Zunächst ist hier als Treiber auf übernationaler Ebene eine Entschliessung des Europäischen Parlaments aus 1993 zu nennen, wonach die Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft aufgefordert werden, der Fernlehre in ihren Bildungssystemen den gebührenden Rang zu verschaffen und diese zu fördern.³⁰

26 Allgemeines Hochschul-Studiengesetz, BGBl 1966/177 (außer Kraft).

27 BGBl 1995/805.

28 Angesprochen sind §§ 15, 17 AHStG (außer Kraft).

29 Universitäts-Studiengesetz, BGBl I 1997/48 (außer Kraft).

30 Vgl. ABl Nr C 255/159 v 20. 9. 1993 (CELEX 593IP0217).

Auf nationaler Ebene sollte der Einsatz von Fernstudien im Lehrangebot unter anderem eine Reaktionsmöglichkeit auf neue Herausforderungen und Gegebenheiten bei Studiendurchführung und Studierendenschaft eröffnen. Konkret waren neue Perspektiven für Massenlehrveranstaltungen und die Begünstigung der Vereinbarung von Studium und Berufstätigkeit angedacht.³¹

Die Ausweitung der studienrechtlichen Optionen im Lehrangebot war schließlich auch ein Effekt der Harmonisierung des universitären Studienrechts mit der per UOG 1993³² eingezogenen Universitätsautonomie³³, die insgesamt von den Prämissen Dezentralisierung, Deregulierung und Flexibilisierung getragen war.³⁴

Vor diesem Hintergrund sah das UniStG die Möglichkeit vor, dass entweder Fernstudien über Beschluss der Studienkommissionen in den Studienplänen festgelegt werden, oder Lehrveranstaltungsleiter, nach vorheriger Genehmigung der Studiendekane, ihre Lehrveranstaltung als Fernstudium anbieten.³⁵

Fest steht dabei jedenfalls, dass diese Rechtsgrundlage eine Durchführung der Lehre ausschließlich in Abwesenheit vom Studienort, und damit ein ganzliches Fernstudium, nicht ermöglichte. Dies folgt schon aus der bezüglichen Studienplanregelung, wonach Fernstudieneinheiten (nur) Teile des Präsenzstudiums ersetzen konnten.³⁶ Demzufolge ordnete der Gesetzgeber eine planmäßige Abfolge von unterrichtlicher Betreuung und Selbststudium an.³⁷ Wesentlich ist dabei, dass die unterrichtliche Betreuung als „Präsenz- bzw Sozialphase“ gedacht³⁸ und daher eine (reine) unterrichtliche Betreuung in elektronischer Form, ohne physischer Präsenz, nicht intendiert war.

Von grundlegender Bedeutung für den Einsatz von Fernlehre ist dabei auch, dass die Erreichung des Lehrzieles als maßgeblich für die Entscheidung über Einsatz und verhältnismäßigen Anteil von Fernstudieneinhei-

31 Vgl. die EB 588 BlgNR 20. GP 64.

32 Bundesgesetz über die Organisation der Universitäten, BGBl 1993/805 (außer Kraft).

33 Dazu zentral § 2 Abs 2 iVm § 7 Abs 1 UOG 1993 (außer Kraft).

34 Vgl. dazu Novak, Universitäten, 139–141 sowie die EB 588 BlgNR 20. GP 49–51.

35 Vgl. § 8 Abs 1 UniStG (außer Kraft).

36 Vgl. § 13 Abs 5 Z 1 UniStG (außer Kraft); vgl. auch die EB 588 BlgNR 20. GP 65, wonach gem § 8 UniStG kleinere oder größere Teile einer Studienrichtung durch Fernstudien ersetzt werden konnten.

37 Vgl. § 8 Abs 1 f UniStG (außer Kraft).

38 Vgl. die EB 588 BlgNR 20. GP 64.

ten ausgewiesen war.³⁹ Es lag damit gebundenes Ermessen vor, welches sich auch an den allgemeinen studienrechtlichen Bildungszielen und Bildungsaufgaben⁴⁰ sowie im weiteren Sinne wohl auch an den Grundsätzen und Aufgaben der Universitäten⁴¹ zu orientieren hatte. Rahmenbedingungen, die auch für die Einordnung der Fernlehre nach UG von Relevanz sind.

Der Gesetzgeber des UG hatte vor der zweiten UG-Novelle 2021 im Rahmen der studienrechtlichen Bestimmung zu Lehrveranstaltungen und Prüfungen seine zentrale Fernstudienregelung mit folgendem Wortlaut getroffen: „Lehrveranstaltungen können unter Einbeziehung von Fernstudienelementen und elektronischen Lehrumgebungen angeboten werden“⁴².

Die Formulierung dieser Fernstudiennorm als *Kann-Bestimmung* machte zunächst deutlich, dass betreffend Einsatz und Ausformung von Fernstudienelementen bei der Studiengestaltung kein Rechtsanspruch – weder seitens der Lehrenden noch seitens der Studierenden – bestand. Aus dem Wortlaut „Einbeziehung von Fernstudienelementen“ ist weiters zu schließen, dass die Lehre nicht vollumfänglich ohne physische Anwesenheit der Studierenden angeboten werden durfte. Unter *Fernstudien* waren in diesem Sinne daher Studien zu verstehen, die lediglich phasenweise in Abwesenheit von der Studienuniversität durchgeführt werden können.

Die Entscheidung über den Einsatz von Fernstudienelementen und elektronischen Lehrumgebungen war dabei der Universität überantwortet,⁴³ konkret war von einer Regelung im Rahmen der Curricula auszugehen.⁴⁴ Den Leitern der Lehrveranstaltungen kam daher diesbezüglich keine (unmittelbare) Kompetenz zu.⁴⁵

Ob, in welcher Form und in welchem Umfang binnenaufonom Fernstudienangebote für bestimmte Lehrveranstaltungen vorgesehen werden konnten unterlag dabei maßgeblich der Prüfung durch die zuständigen Universitätsorgane, ob dadurch das Lern- bzw. Lehrziel der jeweiligen Lehrveranstaltung erreichbar waren.⁴⁶ Wie schon nach der Vorgängerre-

39 Vgl. § 8 Abs 1 UniStG (außer Kraft) samt den EB 588 BlgNR 20. GP 64.

40 Vgl. § 2 UniStG (außer Kraft).

41 Vgl. § 1 UOG 1993 (außer Kraft).

42 S. § 76 Abs 3 UG, aF.

43 Vgl. den AB 1705 BlgNR 25. GP 55.

44 Vgl. die EB 1134 BlgNR 21. GP 90 f.

45 Dies kann auch e contrario aus der Fernstudienregelung des § 8 UniStG (außer Kraft) geschlossen werden.

46 Vgl. den AB 1705 BlgNR 25. GP 55.

gelung⁴⁷ eröffnete daher auch die Fernstudienbestimmung des UG kein freies Ermessen bei der Entscheidung über den Einsatz von Fernstudienelementen und elektronischen Lernumgebungen. Bei der Sicherung des Lehr- bzw. Lernzieles war dabei davon auszugehen, dass, im Geiste der essenziellen UniStG-Regelung, der Einsatz von Fernstudienelementen dessen jeweilige Erreichung genauso zu garantieren hatte, wie das Präsenzstudium.⁴⁸ Betreffend den entscheidungsrelevanten Inhalt der zu sichernden Lehr- und Lernziele war anzunehmen, dass zentral auf die vom UG und den bezüglichen Curricula normierten Studienspezifika⁴⁹, aber auch auf die handlungsleitenden Ziele, Grundsätze und Aufgaben der Universitäten⁵⁰, abzustellen ist.

Eine temporäre Relativierung bis Aussetzung der genannten normativen Vorgaben, und damit auch des für die Umsetzung relevanten rechtlichen Einordnungsrahmens, erfolgte durch besondere bundesseitige Ermächtigungen der Universitäten im Zuge der Maßnahmen zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie.⁵¹ Die damit einhergehenden Änderungen von Zuständigkeitsverteilung und Ermessensspielraum hinsichtlich der Lehr- und Prüfungsdurchführung, mit Ermöglichung eines grundsätzlich uneingeschränkten Einsatzes von Fernlehre, konnte, für diesen Anlassfall, letztlich mit dem überwiegenden Allgemeininteresse an der Sicherung der öffentlichen Gesundheit gerechtfertigt werden.⁵² Abgesehen von den spezifischen, zeitlich begrenzten Erfordernissen in der konkreten Ausgangssituation der Pandemiebekämpfung gewinnt die Frage nach Möglichem und Erlaubtem, in Richtung Lehr- und Prüfungsbetrieb ohne physischer Präsenz, wieder intensiviert an Bedeutung. Dies umso mehr, als künftig allgemein ein ermessensoffenerer und flexiblerer Einsatz von elektronischer Lehre Platz greifen soll.

3.1.2. *Status quo*

Nach dem Regelungskonzept der zweiten UG-Novelle 2021 werden die studienrechtlichen Vorgaben des UG auf das Notwendigste reduziert, weitergehende Ausführungen im Bereich des Studienrechts sollen demnach

47 Vgl. § 8 Abs 1 UniStG (außer Kraft).

48 So die EB 588 BlgNR 20. GP 64.

49 Vgl. vor allem § 51 Abs 2 UG.

50 Vgl. §§ 1–3 UG.

51 Dazu insb § 1 Z 11 C-HG iVm § 10 Abs 1 C-UHV.

52 Dazu eingehend Novak, Corona-Maßnahmen 155 ff.

in den jeweiligen Satzungen geregelt werden.⁵³ Dadurch soll auch ein flexibles Reagieren auf Ausnahmefälle ermöglicht sein, um so bundesseitige – etwa Covid-19-bedingte⁵⁴ – Sonderregelungen im Bedarfsfall nicht mehr zu benötigen sowie rasch und flexibel auf spezifische Anforderungen reagieren zu können.

In diesem Sinne hat der Gesetzgeber des UG nach den betreffenden Erläuterungen ganz bewusst auf Vorgaben betreffend die Zulässigkeit der Durchführung elektronischer Lehre und elektronischer Prüfungen verzichtet und festgehalten, dass diese eine gleichwertige Alternative zu Präsenzlehre und Präsenzprüfungen darstellen.⁵⁵ Betreffend diese Lehre trifft der Gesetzgeber in der neuen Fassung des UG, und insbesondere auch in der bisherigen Kernbestimmung für Lehr- und Prüfungsdurchführung⁵⁶, keinerlei normative Vorgaben mehr. Hinsichtlich der Prüfungsdurchführung werden lediglich Mindestkriterien für die Abhaltung elektronischer Prüfungen festgelegt.⁵⁷ Durch die nunmehrige diesbezügliche Regelungszuständigkeit der Senate, im Wege der Satzungen, soll nach den Intentionen des Novellengesetzgebers auch ideal auf die besonderen Erfordernisse der jeweiligen Universität Bedacht genommen werden können.⁵⁸

Infolge der Rücknahme der Gesetzgeberkompetenzen in studienrechtlichen Belangen auf das unbedingt Notwendige, bei gleichzeitiger, dementsprechender Ausweitung der betreffenden Satzungsregelungskompetenzen, ist gewissermaßen auch ein Paradigmenwechsel im Autonomieverständnis – und damit auch im Verhältnis Universität – Staat – eingetreten. In bestimmter Hinsicht kann dieses neue Regelungskonzept zunächst aber auch als Rückbesinnung auf die ursprüngliche Konzeption universitärer Autonomie nach UOG 1993⁵⁹ verstanden werden. Nach der Intention des UOG 1993 war die universitäre Autonomie von Deregulierung und Dezentralisierung getragen,⁶⁰ wobei die Deregulierung auf Gesetzesebene durch die Satzungsautonomie der Universitäten umgesetzt werden und die Dezentralisierung eine echte Entscheidungsautonomie für die Universitä-

53 Vgl. die EB 662 BlgNR 27. GP 1.

54 Angesprochen sind aktuell etwa § 1 Z 11 C-HG iVm § 10 Abs 1 C-UHV.

55 Vgl. die EB 662 BlgNR 27. GP 1.

56 Angesprochen ist § 76 Abs 3 UG, aF.

57 Vgl. dazu § 76a UG.

58 Vgl. die EB 662 BlgNR 27. GP 1.

59 Angelpunkte der Autonomie nach UOG 1993 waren die Verfassungsbestimmungen von § 2 Abs 2 und § 7 Abs 1 leg cit (außer Kraft).

60 Prämissen, die nachfolgend auch bei der Neugestaltung der Studien nach UniStG eine tragende Rolle spielten (vgl. die EB 588 BlgNR 20. GP 51).

ten bringen sollte.⁶¹ Die Dezentralisierung war gerade auch als Mittel zur Aktivierung des Innovationspotentials der Universitäten gedacht.⁶²

Allerdings war die Autonomieverankerung im Regelwerk des UOG 1993 insoweit auch wieder restriktiv angelegt, als, im Geiste rechtsstaatlicher Rechtsschutzprämissen, diese im Grunde weniger im ersatzlosen Streichen staatlicher Rechtsnormen, sondern im Verlagern von Detailregelungen an die Universitäten Ausdruck finden sollte.⁶³ In diesem Sinne ist die Autonomieintention des UOG 1993 gewissermaßen auch (nur) ein Abgehen vom bisherigen hohen Detaillierungsgrad des Bundesnormgebers, zugunsten entsprechender relativer Freiräume des universitären Satzungsgebers, ohne in zentralen Belangen auf die staatliche Regelungszuständigkeit gänzlich verzichten zu wollen.⁶⁴

Das universitäre Studienrecht kann dabei als Regelungsmaterie mit spezifischem Allgemeininteresse gewertet werden.⁶⁵ Dies erweist sich zunächst daran, dass das UG die Vollziehung der Studienvorschriften ausdrücklich der Hoheitsverwaltung zuweist,⁶⁶ wobei auch der Rechtsschutzgedanke eine maßgebliche Rolle spielt.⁶⁷ Das besondere öffentliche Interesse und die entsprechende Staatsingerenz an Studienbelangen bringt auch der VfGH zum Ausdruck.⁶⁸ Diesem Stellenwert ist es geschuldet, dass dem Bund bei der Einrichtung bestimmter Studienrichtungen ein unmittelbares Durchgriffsrecht per Verordnung eingeräumt ist.⁶⁹ Solchen Materien mit spezifischem öffentlichem Interesse an der Gestaltung ist typischerweise eine relativ verdichtete staatliche Ingerenz zueigen.⁷⁰

Betreffend die Einordnung universitärer Autonomie ist aber auch die jüngere Verfassungsbestimmung des Art 81c B-VG von Relevanz, wonach die Universitäten Stätten freier wissenschaftlicher Forschung/Erschließung der Künste und Lehre sind.⁷¹ Diese Regelung verbrieft ein Mehr an Unabhängigkeit im Sinne einer institutionellen Freiheit und tendenziell stärker-

61 Vgl. die EB 1125 BlgNR 18. GP 41.

62 Vgl. die EB 1125 BlgNR 18. GP 42.

63 Vgl. die EB 1125 BlgNR 18. GP 42 f.

64 IdS die EB 1125 BlgNR 18. GP 47.

65 Vgl. etwa VfGH 7. 3. 2017, V 68/2016 zfhr 2017/3, 113 ff = ZfV 2017/3/34–10 f sowie OGH 21. 2. 2013, 9 ObA 121/12b zfhr 2013/6, 175 ff.

66 Vgl. § 51 Abs 1 UG.

67 Vgl. die EB 1134 BlgNR 21. GP 89.

68 Vgl. VfGH 29. 6. 2013, G 35–40/2013, V 32–36/2013 zfhr 2013/5, 142 ff = n@hz 2013/4, 155 ff.

69 Vgl. § 8 UG.

70 IdS etwa Perthold-Stoitzner, Hochschulrecht 267 f.

71 Vgl. Art 81c Abs 1 B-VG.

ren Emanzipierung gegenüber staatlichen normativen Vorgaben.⁷² Nach der jüngeren Rechtsprechung des VfGH umfasst das darauf basierte Autonomieverständnis im Kern die binnenuiversitäre Regelungsautonomie in den universitären Tätigkeitsfeldern Forschung und Lehre, während dem Staat vorrangig die Verantwortung für die Regelung von Zugang und Finanzierung der Regelstudien zukomme.⁷³ Die vergleichsweise strengere Anbindung der Universitäten in Studienbelangen an das – autonomiebedingt grundsätzlich gelockerte – Legalitätsprinzip⁷⁴ wurde in der Lehre⁷⁵ als autonomiekonterkarierend kritisiert und in der jüngeren Judikatur⁷⁶ auch relativiert. Daraus kann ein auf Art 81c B-VG gegründetes extensives Autonomieverständnis im Bereich der Lehre in dem Sinne abgeleitet werden, dass in Lehrbelangen grundsätzlich kein spezifisches staatliches Determinierungsgebot gegenüber den Universitätsorganen im Bereich binnenuiver autonomer Durchführung des Forschungs- und Lehrbetriebs besteht.

Auch unter dem Aspekt der Wissenschaftsfreiheit erwachsen dem universitären Satzungsgeber hinsichtlich der etwaigen Einrichtung elektronischer Lehre oder anderer Fernlehremethoden nicht notwendig Vorgaben und Beschränkungen. Zwar hat der prioritär im UG verankerte Grundsatz der Wissenschaftsfreiheit prinzipiell eine besondere Determinierungswirkung für die Ausübung der universitätsautonomen Wissenschaftsverwaltung,⁷⁷ andererseits gilt betreffend den Schutzzumfang der Lehrfreiheit aber, dass diese die Form der Durchführung im Kern nicht erfasst.⁷⁸

Die nunmehr im Rahmen der zweiten UG-Novelle 2021 stattgehabte ersatzlose Streichung jeglicher gesetzlichen Vorgaben, auch von Rahmenbestimmungen wie sie § 76 UG in seiner bisherigen Fassung vorsah, und Überantwortung der vollen Regelungskompetenz zu Fernstudien an die Senate der Universitäten, kann daher als eine im Grunde systemimmanente und rechtskonforme Weiterentwicklung des ursprünglichen Autono-

72 Vgl. etwa Berka, *Autonomie* 303 ff, 313 ff; Eberhard, *Garantien* 356 ff.

73 Vgl. VfGH 7. 3. 2017, V 68/2016 zfhr 2017/3, 113 ff = ZfV 2017/3/34–10 iVm VfGH 29. 6. 2013, G 35–40/2013, V 32–36/2013 zfhr 2013/5, 142 ff = n@hz 2013/4, 155 ff.

74 Vgl. Art 18 B-VG.

75 Kucsko-Stadlmayer in: Perthold-Stoitzner, *Universitätsgesetz 2010* Rz 12 zu Art 81c B-VG.

76 Vgl. VfGH 8. 10. 2015, V 78/2015 zfhr 2016/1, 27 = ZfV 2016/1/5–21.

77 IdS etwa VfGH 29. 6. 2013, G 35–40/2013, V 32–36/2013 zfhr 2013/5, 142 ff.

78 So etwa VfGH 14. 12. 1994, B 1400/92 VfSlg 13.978/1994; 16. 6. 1988, G 97–100/88 VfSlg 11.737/1988 sowie ausdrücklich Adamovich/Funk/Holzinger/Frank, *Grundrechte* Rz 42.212 f.

miekonzepts des UG, unter Bedachtnahme auf Art 81c B-VG, verstanden werden.

Die Zuweisung der alleinigen Regelungszuständigkeit für Fernlehremethoden an die Senate, im Wege der Satzungen, bedeutet allerdings, im Geiste der Universitätsautonomie, kein Handeln im rechtsfreien Raum, sondern eröffnet, im Sinne der Ermächtigung zur Satzungserlassung im Rahmen der Gesetze⁷⁹, (lediglich) einen erweiterten Handlungsspielraum.⁸⁰

Insofern liegt der etwaige Einsatz elektronischer Lehre an Universitäten nicht im freien Ermessen der Satzungsgeber, sondern ist die jeweilige Ausgestaltung der Lehre an Kriterien der Erforderlichkeit, Geeignetheit und Sachgerechtigkeit sowie an Gesamtkonzept und Regelungsintention des UG zu messen. Dabei spielen sowohl Ziele, leitende Grundsätze und Aufgaben der Universität als auch Demokratieprinzip und wissenschaftliche Integrität eine maßgebliche Rolle.

Hinsichtlich des Handlungsspielraums der Senate bei der Erlassung von Satzungsbestimmungen betreffend die Ermöglichung der Durchführung der Lehre ohne physische Präsenz der Studierenden sind zunächst die generellen Rahmenbedingungen für Satzungsregelungen zu betrachten.

Dabei ist bei der Erlassung von Satzungsnormen vorweg allgemein auf den Gleichheitssatz⁸¹ Bedacht zu nehmen, welcher grundsätzlich auch für den Ordnungsgeber zur Anwendung kommt.⁸² Das aus dem Gleichheitssatz abgeleitete Sachlichkeitsgebot gebietet generell, dass Verwaltungshandeln einer sachlichen Rechtfertigung bedarf.⁸³ Hierbei spielt die Wahrung der Verhältnismäßigkeit und die Hintanhaltung von Willkür eine wesentliche Rolle.⁸⁴ Vor allem in Bereichen in denen genauere gesetzliche Regelungen fehlen – wie gegenständlich nunmehr betreffend den Einsatz elektronischer Lehre und Prüfungen – gilt für die Erlassung von Ordnungsregelungen, dass sie derart zu gestalten sind, dass Willkür bei der Ermessensübung verhindert wird.⁸⁵ Diese Vorgabe gewinnt bei Eingriffsintensität und Folgeschwere des Verwaltungshandelns umso

79 Vgl. § 5 UG iVm Art 81c B-VG.

80 Vgl. schon die EB 1125 BlgNR 18. GP 45.

81 Vgl. Art 7 B-VG.

82 Vgl. etwa VfGH 22. 11. 2012, V 120/2011.

83 Vgl. etwa Kahl/Weber, Verwaltungsrecht Rz 135, 192.

84 Vgl. VfGH 12. 3. 2014, B 258/2013 zfhr 2015/1, 29 = ZfV 2015/1/9–28.

85 Vgl. Kahl/Weber, Verwaltungsrecht Rz 192.

mehr an Relevanz und erfordert dann eine entsprechende Einengung des Entscheidungsspielraums.⁸⁶

Zu beachten ist bei der Abfassung von Satzungsbestimmungen weiters, dass nach den zentralen Regelungen zur Universitätsautonomie das autonome Handeln der Wissenschaftsverwaltung – dessen wesentliche Komponente das Satzungsrecht der Universitäten ist – im Rahmen der Gesetze zu erfolgen hat.⁸⁷ Damit ist allgemein klargestellt, dass autonomes Handeln von Universitätsorganen lediglich praeter legem zulässig ist und mithin etwa Satzungsregelungen geltendem Recht nicht widersprechen dürfen.⁸⁸ Im Geiste eines extensiven Autonomieverständnisses kann daher davon ausgegangen werden, dass die Satzungsautonomie Regelungen zu autonomieerfassten Materien auch ohne gesetzliche Ermächtigung zulässt – wie gegenständlich betreffend elektronische Lehre und Prüfungen –, solange der bestehenden Rechtsordnung nicht widersprochen und das ausdrücklich Gebotene beachtet wird.⁸⁹ Wobei zu folgern ist, dass auch die Regelungsabsicht des Gesetzgebers auf das Handlungspouvoir der autonomen Wissenschaftsverwaltung bestimmend wirkt und insofern dem Gesetz erschließbare Intentionen bei der Auslotung der Möglichkeiten und Grenzen der Regelungsautonomie zu berücksichtigen sind.⁹⁰ Daraus ergibt sich, dass bei der Gestaltung von Satzungsregelungen zur Durchführung der universitären Lehre allgemein auf den maßgeblichen gesetzlichen Rahmen Bedacht zu nehmen ist. Das heißt, unabhängig davon, dass der Gesetzgeber der zweiten UG-Novelle 2021 es bewusst unterlassen hat, Vorgaben bezüglich der Durchführung elektronischer Lehre ins UG aufzunehmen und die diesbezügliche Regelungshoheit den Satzungsgebern überantwortet hat, haben die Senate bei der Erlassung betreffender Bestimmungen auf den Regelungsbestand und die Intentionen des UG in seiner Gesamtheit sowie auch auf flankierende Normen Rücksicht zu nehmen.

Insbesondere mit Hinblick auf die aktuelle Liberalisierung der Regelungskompetenzen in Sachen Fernlehre sind die bezüglichen universitätsautonomen Regelwerke und Entscheidungsakte, außerhalb pandemiebedingter Erfordernisse, wesentlich an den zentralen Handlungsprinzipien der Universitäten zu messen.

86 IdS Öhlinger/Eberhard, Verfassungsrecht Rz 790 f.

87 Vgl. § 5 UG iVm Art 81c Abs 1 B-VG.

88 Vgl. etwa Novak/Funk, Verfassungsrechtliche Dimensionen 51; Öhlinger, Rechtsfolgen 202; Perthold-Stoitzner, Hochschulrecht 268. Vgl. auch den AB 370 BlgNR 23. GP 5.

89 IdS Gamper, Satzung 111 f.

90 Vgl. Mayer, Satzungsautonomie 188.

3.2. Normativer Einordnungsrahmen

Im Kreise jener Regelungen, welche die Satzungsgeber im Sinne der vorstehenden Erwägungen bei der Gestaltung von Fernlehreregelungen ins Kalkül zu ziehen haben, kommt vorrangig den in den Einleitungsparagrafen normierten Zielen, Grundsätzen und Aufgaben der Universitäten eine maßgebliche Relevanz zu. Dies vor allem deshalb, weil sie die gesamte binnenautonome Wissenschaftsverwaltung insofern determinieren, als ihnen die umfassende Funktion von Interpretationsgrundlagen, Handlungsvorgaben und Rechtmäßigkeitsmaßstäben für die Universitätsorgane bei der Gestaltung und Vollziehung des Forschungs- und Lehrbetriebs zukommt.⁹¹ Im gegebenen Zusammenhang sind hier zentral die Bildung durch Wissenschaft, die Gemeinschaft von Lehrenden und Lernenden, das Demokratieprinzip und auch die akademische Integrität, als Grundwerte wissenschaftlichen Handelns, von Bedeutung.

3.2.1. Bildung durch Wissenschaft

Inwieweit die Satzungsgeber bei der Erlassung von Regelungen zur Durchführung der Lehre in Form von Hybrid- oder Distance-Lehre frei bzw. gebunden sind, ist zunächst an der universitären Aufgabe der Bildung durch Wissenschaft⁹² zu reflektieren.⁹³

Dabei ist vor allem von Belang, dass den Universitäten im Rahmen ihrer wissenschaftlichen Berufsvorbildung⁹⁴ auch ein pädagogischer Auftrag zukommt, so dass die Bildungsaufgabe der Universitäten sich mithin nicht in der systematischen Vermittlung von wissenschaftlicher Methodik und Erkenntnis erschöpft, sondern vielmehr auch persönlichkeitsbildende Aspekte einschließt, die per se ein gewisses Maß an Präsenz voraussetzen.⁹⁵

91 Vgl. Faulhammer in: Perthold-Stoitzner, Universitätsgesetz 2002 Rz 1 zu § 1, Rz 3 zu § 2, Rz 3 zu § 3 UG; Novak, Universitätsrecht 33; Perthold-Stoitzner, UG Anm 1 zu § 1, Anm 1 zu § 2.

92 Die bezüglichen Ausführungen gelten sinngemäß auch für die Entwicklung und Erschließung der Künste.

93 Vgl. § 3 Z 2 UG.

94 Vgl. dazu § 51 Abs 2 Z 3 ff UG.

95 Zur traditionellen Konzeption der (humanistisch geprägten) Universität als Ort persönlicher Erfahrung und Inspiration durch mündlich-präsentische Mitteilung vgl. Sow, Lebend Wort 33 f.

Diese erzieherische Komponente des Umgangs mit Wissenschaft wird von der Zielbestimmung des § 1 UG wie folgt umschrieben:

„Im gemeinsamen Wirken von Lehrenden und Studierenden wird in einer aufgeklärten Wissensgesellschaft das Streben nach Bildung und Autonomie des Individuums durch Wissenschaft vollzogen. Die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses geht mit der Erarbeitung von Fähigkeiten und Qualifikationen sowohl im Bereich der wissenschaftlichen und künstlerischen Inhalte als auch im Bereich der methodischen Fertigkeiten mit dem Ziel einher, zur Bewältigung der gesellschaftlichen Herausforderungen in einer sich wandelnden humanen und geschlechtergerechten Gesellschaft beizutragen.“

In diesen Formulierungen des § 1 UG klingen wesentliche Eckpunkte zu Entwicklung und Wesenskern der europäischen Universität an, wie sie vermittels des Cultusministers Graf Leo Thun-Hohenstein in Form der Humboldt-Universität für die österreichische Universitätslandschaft bestimmend wurden und sind. Angesprochen sind zentral die von Idealismus und Humanismus getragenen Ideen der eigentlichen Menschwerdung durch Bildung in ihrer höchsten Stufe, einer Bildung durch Wissenschaft, die eine Idee des Erkennens wecken soll, welche letztlich zur verantwortungsvollen Selbstverwirklichung des Menschen und der Menschheit in ihre Gesamtheit führen soll.⁹⁶ Der Bildung durch Wissenschaft kommt insofern ein subjekt-gerichteter und ein gesamtgesellschaftlich-orientierter Auftrag zu.

Der Persönlichkeitsbildungsauftrag der Bildung durch Wissenschaft meint vorrangig die Vermittlung bestimmter Geistes- und Werthaltungen im Umgang mit der wissenschaftlichen Materie und ihren Proponenten. Aufschluss dazu gibt zunächst schon die Stammfassung zum studienrechtlichen Ziel der Bildung durch Wissenschaft, wie sie das AHStG⁹⁷ formuliert und intendiert. Dabei erfolgt auch⁹⁸ schon nach AHStG bei der Enumeration der Studienziele eine ausdrückliche Trennung von wissenschaftlicher Berufsvorbildung und Bildung durch Wissenschaft,⁹⁹ was auf eine grundsätzliche Gleichwertigkeit der vom AHStG genannten Studienziele hinweist. In diesem Sinne heben die Gesetzesmaterialien zum AHStG hervor, dass bei der Gestaltung des Studienbetriebs sowohl auf die universitä-

96 Vgl. dazu Mittelstraß, Universität 83; Novak, Universitätsrecht 13 ff.

97 Vgl. § 1 Abs 2 lit c AHStG (außer Kraft).

98 Ebenso wie gem § 3 und § 51 Abs 2 UG.

99 Vgl. § 1 Abs 2 lit b, c AHStG (außer Kraft).

ren Aufgaben des Unterrichts als auch (gleichwertig) auf die Aufgaben der Universitäten in Sachen Erziehung der Studierenden Bedacht zu nehmen ist.¹⁰⁰ Dass die bezüglichen Wertungen des AHStG auch nach aktueller Rechtslage noch von Relevanz sind kann daraus erschlossen werden, dass die Gesetzgeber von UniStG und UG in der Essenz undifferenziert kaskadenartig darauf Bezug nehmen.¹⁰¹ Nach AHStG sollen die Studierenden in Umsetzung des universitären Auftrages der Vermittlung der Bildung durch Wissenschaft jene Haltung erwerben, die in sachlicher Einstellung, klarer Urteilsfähigkeit, intellektueller Redlichkeit und Toleranz sowie erhöhter Verantwortlichkeit gegenüber der demokratischen Republik Österreich und der menschlichen Gesellschaft zum Ausdruck kommt.¹⁰²

Als subjektive Komponente soll demnach den Studierenden eine Grundhaltung der Wissenschaftlichkeit anezogen werden, die wesentlich in einem eigenständigen, weltoffenen, problembewussten, kritischen, skeptischen und toleranten Denken und Handeln zum Ausdruck kommt.¹⁰³ § 1 UG spricht auch vom Bildungsziel der Vollziehung des Strebens nach Bildung und Autonomie des Individuums.

Darüber hinaus beinhaltet die Bildung durch Wissenschaft aber auch einen wesentlichen gesamtgesellschaftlichen Aspekt. So soll sie auch zu einer gedeihlichen Entwicklung von Gesellschaft und Umwelt sowie einer humanen und geschlechtergerechten Gesellschaft beitragen.¹⁰⁴ In den Materialien zur Stammfassung der Bildung durch Wissenschaft wird ergänzend und präzisierend hervorgehoben, dass die Charakter- und Persönlichkeitsbildung im Rahmen des Studiums auf eine erhöhte Verantwortung mit Hinblick auf Staat, Gesellschaft und Menschenrechte hinzuzielen hat.¹⁰⁵ Dabei wird auch betont, dass der (angehende) Akademiker in einem rechten Verständnis des Artikel 1 B-VG seinen Platz im Ganzen der Gesellschaft erkennen und seine Tätigkeit zum Wohle aller ausüben lernen soll.

Die Bezugnahme des Gesetzgebers auf Art 1 B-VG in diesem Zusammenhang hat dabei insofern spezifische Relevanz, als dadurch das besondere Allgemeininteresse an der Umsetzung des Regelungsgehalts der Bildung durch Wissenschaft zum Ausdruck kommt. Bei der Gestaltung des rechtlichen Rahmens zur Durchführung der Lehre hat daher die Ausrichtung

100 Vgl. die EB 22 BlgNR 11. GP 30.

101 Vgl. die EB 588 BlgNR 20. GP 58 samt den EB 1134 BlgNR 21. GP 70.

102 Vgl. § 1 Abs 2 lit c AHStG (außer Kraft).

103 Vgl. die EB 22 BlgNR 11. GP 32.

104 Vgl. § 1 UG.

105 Vgl. die EB 22 BlgNR 11. GP 32.

auf eine bestmögliche Bildung und Förderung eines Verantwortungsbewusstseins der Studierenden für Gesellschaft und Staat einen besonderen Stellenwert als gesellschaftlicher Bildungsauftrag im spezifischen öffentlichen Interesse. Insoweit folgt daraus eine intensivierete Bindungswirkung für die Universitätsorgane hinsichtlich der Erfordernisse zur Wahrung von Sachlichkeitsgebot und Willkürverbot bei der Gestaltung von Normen und Setzung von Verwaltungsakten.¹⁰⁶

Schließlich hat eine Bildung durch Wissenschaft, im Sinne des dargestellten Gehalts, auch eine wesentliche überstaatliche, europäische Komponente. So stellt sie gewissermaßen eine tragende Säule der aufklärerischen und humanistisch geprägten europäischen Universitäts- und Hochschulkultur dar, welche die gedeihliche soziale und moralische Weiterentwicklung der Gesellschaft als ihre zentrale Bestimmung sieht.¹⁰⁷ Eine Universitätsidee, die sich traditionell im Kern einem ethischen Wachstum und einer moralischen Reproduktion der lernenden Subjekte verpflichtet sieht und sich dadurch von an der ökonomischen Reproduktion orientierten, utilitaristisch-pragmatischen Systemen hochschulischer Ausbildung unterscheiden will und soll.¹⁰⁸

3.2.2. Gemeinschaft von Lehrenden und Lernenden

Im unmittelbaren Zusammenhang mit der Bildung durch Wissenschaft und ihren Intentionen steht der leitende Universitätsgrundsatz des Zusammenwirkens der Universitätsangehörigen¹⁰⁹. Angesprochen ist damit das humboldtsche Prinzip der Gemeinschaft von Lehrenden und Lernenden, das in seiner humanistischen Tradition auf die griechische Antike zurückgeht. Die *universitas magistrorum et scholarium*, die in Platons Akademie zur Keimzelle und zum Namensgeber der Europäischen Universität wurde und bis heute einen Wesenskern der europäischen Universität im Geiste humanistischer Werthaltungen darstellt. Aus studienrechtlicher Sicht ist damit als Gestaltungsgrundsatz für die Studien¹¹⁰ das Zusammenwirken von Lehrenden und Lernenden in der wissenschaftlichen Lehre angesprochen.¹¹¹ Die dabei bestehende wechselseitige Bedingtheit dieses

106 IdS Perthold-Stoitzner, Hochschulrecht 267 f.

107 Vgl. dazu etwa Sow, *Lebend Wort* 27 f.

108 Zum angezogenen Systemvergleich vgl. Lenzen, *Hochschule* 10 f, 20 f.

109 Vgl. § 2 Z 8 UG.

110 So auch schon § 1 Abs 1 (lit e) AHStG (außer Kraft).

111 Vgl. die EB 888 BlgNR 8. GP 91.

handlungsleitenden Grundsatzes des Zusammenwirkens und der zentralen Universitätsaufgabe der Bildung durch Wissenschaft bringt das UG in seiner Zielbestimmung zum Ausdruck, wonach „im gemeinsamen Wirken von Lehrenden und Studierenden [...] das Streben nach Bildung und Autonomie des Individuums durch Wissenschaft vollzogen“ wird.¹¹²

Dass dieses Zusammenwirken von Lehrenden und Studierenden nicht durch jede beliebige Form der Kontaktnahme gleichermaßen verwirklicht werden kann, sondern nach dem Willen des Gesetzgebers eine bestimmte Form der Kommunikation meint, lässt sich der studienrechtlichen Stammfassung dieses Grundsatzes¹¹³ entnehmen. Demnach soll durch den Grundsatz des Zusammenwirkens zunächst der passiven Aufnahme von Lehrstoff eine Absage erteilt werden.¹¹⁴ Zu forcieren ist demzufolge vielmehr der *echte Dialog*, das Gespräch als wesentliche Grundform des akademischen Bildungsprozesses.¹¹⁵

Aus dem Umstand, dass nach den Materialien durch die Kontaktpflege der – speziell bei Massenstudien – drohenden Entfremdung zwischen Lehrenden und Lernenden entgegengewirkt werden soll,¹¹⁶ lässt sich schließen, dass die Vorgabe des Zusammenwirkens im Studienbetrieb als Plädoyer für physische Kontaktnahme bei der Durchführung der Lehre verstanden werden will. Damit im Einklang steht die studienrechtliche Anordnung des Gesetzgeberwillens, dass das Gespräch durch die Wahl pädagogisch geeigneter Lehrveranstaltungen gesichert werden soll.¹¹⁷ Verdeutlichend wird nachdrücklich darauf hingewiesen, dass der gesetzliche Grundsatz des Zusammenwirkens von Lehrenden und Studierenden für die Gestaltung studienrechtlicher Normen bedeutet, dass „der Lehrstoff in einem persönlichen Kontakt zwischen den Angehörigen des Lehrkörpers und den Studierenden vermittelt und erarbeitet wird“¹¹⁸. Gerade auch aus dem vorstehend dargestellten Konnex des in Betracht stehenden Zusammenwirkens mit der Bildung durch Wissenschaft erwächst, insbesondere auch eingedenk der spezifischen pädagogischen Implikationen und Aufgaben, ein Auftrag an den studienrechtlichen Normgeber – gegenständlich den Satzungsgeber in Fernlehrebelangen –, nach Möglichkeit präsen- te Formen der Durchführung von Lehre zu favorisieren.

112 S. § 1 UG.

113 Angesprochen ist § 1 Abs 1 lit e AHStG (außer Kraft).

114 Vgl. die EB 22 BlgNR 11. GP 30.

115 Vgl. die EB 22 BlgNR 11. GP 29 f.

116 Vgl. die EB 22 BlgNR 11. GP 29 f.

117 Vgl. die EB 22 BlgNR 11. GP 30.

118 S. die EB 22 BlgNR 11. GP 30.

3.2.3. Demokratieprinzip

Während die studienrechtliche Verankerung des Grundsatzes des Zusammenwirkens von Lehrenden und Lernenden auf die Durchführung der wissenschaftlichen Lehre abzielt, ist die organisationsrechtliche Normierung des Zusammenwirkens der Universitätsangehörigen¹¹⁹ breiter angelegt und erfasst, neben der Forschung vor allem auch die Willensbildung der Universitätsorgane; wobei nach den Materialien zur organisationsrechtlichen Stamfassung gerade das Zusammenwirken von Lehrenden und Lernenden bei der Willensbildung der Universitätsorgane ein Hauptanliegen darstellt.¹²⁰

Der Umstand, dass mit UOG 1993 die demokratischen Willensbildungsprozesse zunehmend durch monokratische Entscheidungsstrukturen substituiert wurden¹²¹ tut dem keinen Abbruch, da der Gesetzgeber des UOG 1993 selbst die Universitäten als grundsätzlich dem Demokratieprinzip verpflichtete Institutionen festlegt¹²² und insbesondere – und gegenständlich besonders relevant – nach dem VfGH¹²³ das Autonomiekonzept des UG ein ausreichendes Maß an demokratischer Rückbindung universitärer Meinungsbildung, wesentlich in Form des demokratisch legitimierten Senats, verfassungsrechtlich voraussetzt.

Im UG ist die Mitsprache Studierender, vor allem betreffend Studienbelange und Lehre, als leitender Grundsatz festgelegt.¹²⁴ Diese Mitwirkung konkretisiert sich zentral als Teilnahme am diskursiven Meinungsbildungsprozess im Rahmen der Gremien der Studierendenvertretung¹²⁵ und in Form der Ausübung der Mitspracherechte im Entscheidungsfindungsprozess universitärer Kollegialorgane, wesentlich im Senat¹²⁶ und seinen

119 Aktuell § 2 Z 8 UG.

120 Vgl. die EB 888 BlgNR 8. GP 91.

121 Vgl. dazu die EB 1125 BlgNR 18. GP 39 ff.

122 Vgl. die EB 1125 BlgNR 18. GP 40.

123 Vgl. VfGH 23. 1. 2004, G 359/02 zfhr 2004/2, 60 ff = VfSlg 17.101/2004 = ÖJZ 2004, 738 f = ZfVB 2005/2/490; dazu auch VwGH 23. 10. 2012, 2011/10/0193–8 zfhr 2013/2, 52 ff.

124 Vgl. § 2 Z 6 UG.

125 Vgl. dazu die Regelungen von HSG 2014 (Hochschülerinnen- und Hochschüler-schaftsgesetz 2014, BGBl I 2014/45, idgF) iVm HSWO 2014 (Hochschülerinnen- und Hochschüler-schaftswahlordnung 2014, BGBl II 2014, 376, idgF) sowie etwa Huber, ÖH-Recht passim.

126 Vgl. § 25 Abs 2 ff UG.

Suborganen^{127, 128} Die Normierung der Mitspracherechte Studierender als leitenden Grundsatz und deren strukturelle Verknüpfung mit dem Grundsatz des Zusammenwirkens der Universitätsangehörigen bewirkt eine verdichtete Handlungsvorgabe und einen erhöhten Rechtfertigungsmaßstab für die Universitätsorgane bei Regelung und Umsetzung dieser Materie.

Dabei ist auch zu beachten, dass einer etwaigen Entscheidungsfindung per Umlaufbeschluss insoweit Grenzen gesetzt sind, als das Kollegialitätsprinzip grundsätzlich die physische Anwesenheit der Kollegiumsmitglieder bei Beratung (diskursiver Meinungsbildung) und Abstimmung (Willensbekundung) von Entscheidungsgegenständen erfordert.¹²⁹ Von diesem Grundsatz kann nur bei entsprechender (sachlicher) Rechtfertigung abgewichen werden. So etwa bei einer Beschlussfassung über Entscheidungsgegenstände, welche aufgrund der Sachlage keine diskursive Meinungsbildung, da materiebedingt ohne besondere Ergebnisrelevanz, erfordern, oder bei Nachrangigkeit der Willensbildung in physischer Präsenz im Verhältnis zu höherrangigen Rechtsgütern.

3.2.4. Akademische Integrität

Im Zusammenhang mit Zielen und Aufgaben der Universitäten steht auch die ausreichende Vermittlung, Förderung und Wahrung wissenschaftlicher Integrität, als eine grundlegende Werthaltung Studierender; dies sowohl als Mitglieder der *Scientific Community* als auch als Teil einer von bestimmten moralischen Grundwerten getragenen Gesellschaft in ihrer Gesamtheit. So stellen, wie oben näher ausgeführt, der Erwerb intellektueller Redlichkeit sowie erhöhter Verantwortung gegenüber der Republik Österreich und der menschlichen Gesellschaft maßgebliche Komponenten der Universitätsaufgabe der Bildung durch Wissenschaft dar.¹³⁰ Vermittels der Vorgabe der Ausübung der Tätigkeit von Akademikern „zum Wohl aller“¹³¹ wird die Verklammerung mit den Zielvorgaben für die Universitäten hergestellt, wo ausdrücklich das Hinwirken von Forschung und Lehre auf eine „gedeihliche Entwicklung der Gesellschaft“ als Handlungs-

127 Angesprochen sind zentral die Curriculumskommissionen sowie die Berufungs- und Habilitationskommissionen (vgl. dazu § 25 Abs 8 UG).

128 Vgl. § 59 Abs 5 UG.

129 Vgl. dazu Novak, Nachnominierung 181 f.

130 Vgl. § 1 Abs 2 lit c AHStG (außer Kraft) samt den EB 22 BlgNR 11. GP 32.

131 Vgl. die EB 22 BlgNR 11. GP 32.

vorgabe normiert ist.¹³² Eine wesensimmanente Nähe zum Gehalt von Universitätszielen und Bildung durch Wissenschaft, aus der sich für sich eine spezifische Handlungsdeterminierung der Universitätsorgane betreffend einer möglichst effizienten Sicherung wissenschaftlicher Integrität bei der Leistungsbekundung Studierender ableiten lässt.

In jüngster Vergangenheit hat die Wertevermittlung und -absicherung in Richtung guter wissenschaftlicher Praxis und akademischer Integrität noch eine deutliche Aufwertung erfahren, die insoweit auch sorgfaltpflichterhöhend bei der Schaffung und Gestaltung einschlägiger Regelungen zur Normierung der Rahmenbedingungen für die Lehr- und Prüfungsdurchführung wirkt. Diese intensivierte Akzentuierung erfolgte zunächst durch zwei betreffende UG-Novellen aus 2015,¹³³ wodurch verschiedene Präventions- und Sanktionsmechanismen verankert wurden, um zur Etablierung und Verfestigung guter wissenschaftlicher Praxis beizutragen sowie eine treffsicherere Sanktionierung von entsprechendem Fehlverhalten zu ermöglichen.¹³⁴ Im Regelungsbereich der zweiten UG-Novelle 2021 greift noch insofern eine Nachschärfung Platz, als neue Sanktionsmöglichkeiten hinsichtlich *Ghostwriting* eingezogen wurden.¹³⁵ Von maßgeblicher Bedeutung in diesem Zusammenhang ist, dass mit dieser Novelle die gute wissenschaftliche Praxis an prioritärer Position als leitender Grundsatz der Universitäten normiert wurde.¹³⁶ Auch auf die Sicherstellung redlicher Leistungsbekundung und möglichst fehlerfreier Kenntniskontrolle ist daher bei der binnenautonomen Gestaltung des rechtlichen Rahmens zur Durchführung der Lehre, im Sinne sachgerechter und gesetzeskonformer Satzungsbestimmungen, vermehrt Bedacht zu nehmen.

4. Resümee

Im Zuge der zweiten UG-Novelle 2021 wurden zentral die studienrechtlichen Bestimmungen in Richtung der Etablierung eines lebensnahen und leistungsbezogenen Studienrechts geändert. Dabei wurde auch das

132 Vgl. § 1 UG.

133 Angesprochen sind die UG-Novellen BGBI I 2015/21, BGBI I 2015/131; vgl. in diesem Zusammenhang auch die UG-Novelle BGBI I 2017/129 samt dem AB 1705 BlgNR 25. GP 38, 40.

134 Vgl. § 60 Abs 1b Z 2 und § 19 Abs 2a iVm § 51 Abs 2 Z 31 f UG; dazu eingehend Novak, Erschleichung 339 ff, 342 ff.

135 Vgl. § 116a UG samt den EB 662 BlgNR 27. GP 34 f.

136 Vgl. § 2 Z 3a UG.

Verhältnis Staat – Universität insofern neu definiert, als nach den Intentionen des Gesetzgebers generell die staatsseitige Normgebungskompetenz rückgebaut und die universitätsseitige Regelungsautonomie erweitert werden soll. Dies wesentlich auch im Geiste einer besseren Orientierung an den jeweiligen universitätsspezifischen Erfordernissen und der Eröffnung flexibler eigenverantwortlicher Reaktionsmöglichkeiten der Universitäten auf bestimmte Ausnahmefälle und spezielle Anforderungen.

Im Sinne dieser studienrechtlichen Neuausrichtung binnena autonomer Handlungsmöglichkeiten wurde – unter ersatzloser Streichung bisheriger fernlehrebezogener UG-Bestimmungen – die Regelung der Durchführung elektronischer Lehre und elektronischer Prüfungen weitestgehend den universitären Satzungsgebern übertragen. Eine gesetzgeberische Aufwertung der Wissenschaftsverwaltung, die als mit der verfassungsrechtlich garantierten Lehrfreiheit vereinbar zu werten ist.

Auch diese aufgewertete Autonomie in studienrechtlichen Belangen ist allerdings – nach wie vor – am gesetzlichen Einordnungsrahmen zu messen und darf diesem nicht zuwiderlaufen. Bei der Auslotung des universitätsautonomen Könnens in Sachen Einrichtung von Fernstudien ist dabei, neben allgemeinen Grundsätzen für die Erlassung von Satzungsbestimmungen, vor allem auf die aus dem UG hervorleuchtenden Lehr- und Lernziele sowie die vom UG normierten Ziele, leitenden Grundsätze und Aufgaben ausreichend Bedacht zu nehmen.

Im Rahmen der universitätsautonomen Festlegung der Lehrdurchführung ist daher jedenfalls ins Kalkül zu ziehen, inwieweit die Studierendenpräsenz erforderlich ist, um der aus den studienbezüglichen Vorgaben sowie aus Regelungssystematik und -intentionen hervorleuchtenden Gesamtkonzeption des UG hinreichend gerecht werden zu können.

Bei dieser Abwägung der Möglichkeiten und Grenzen hinsichtlich des Einsatzes elektronischer Lehre und vice versa der Mindestanforderungen betreffend die ausreichende Sicherung von Präsenzlehre, ist vor allem die Gewährleistung der Bildung durch Wissenschaft von Relevanz. Dies wesentlich auch mit Hinblick darauf, dass dieser eine maßgebliche gesamtgesellschaftliche Bedeutung und eine Tragwerksfunktion für die tradierte europäische Universitätsidee zukommt. Im Zusammenhang damit sind überdies die Sicherung der Gemeinschaft von Lehrenden und Lernenden, die Wahrung des universitären Demokratieprinzips und die Garantie akademischer Integrität ausschlaggebende Maßstäbe für Art und Umfang einer etwaigen binnenu niversitären Einrichtung und Gestaltung von Fernstudienelementen.

Durch ihre direkte bzw. indirekte Eingeschriebenheit in die handlungsleitenden Ziele, Grundsätze und Aufgaben der Universitäten sind daher

die hinreichende Absicherung der Bildung durch Wissenschaft, der Gemeinschaft von Lehrenden und Lernenden, der demokratischen Willensbildung und der guten wissenschaftlichen Praxis wesentliche Parameter bei der Beurteilung der Zulässigkeit und Rechtmäßigkeit von Satzungs- bzw. Curriculumsregelungen betreffend die Durchführung der universitären Lehre, insbesondere soweit sie die Ermöglichung des (reinen) Distance Learning, in Form elektronischer Lehre und Prüfungsabnahme, betreffen.

Literatur

- Adamovich, Ludwig K./Funk, Bernd-Christian/Holzinger, Gerhart/Frank Stefan Leo: Österreichisches Staatsrecht. Band 3: Grundrechte, Wien: Verlag Österreich³2019.
- Berka, Walter: Autonomie und Freiheit der Universität: Ein neuer Verfassungsartikel (Art 81c B-VG) für die öffentlichen Universitäten, in: Zeitschrift für öffentliches Recht (2008) 293–315.
- Bezemek, Christoph: Grundrechte in der Rechtsprechung der Höchstgerichte, Wien: Facultas 2016.
- Eberhard, Harald: Die Garantien für Selbstverwaltung und Universität, in: Journal für Rechtspolitik 4 (2007) 356–367.
- Faulhammer, Friedrich, in: Perthold-Stoitzner, Bettina: Universitätsgesetz 2002, Wien: Manz³2016.
- Gamper, Anna: Was ist die Satzung der Universität?, in: Zeitschrift für Hochschulrecht, Hochschulmanagement und Hochschulpolitik 3 (2012) 107–117.
- Hauser, Werner: Wissenschaftsfreiheit, in: Heißl, Gregor: Handbuch Menschenrechte. Wien: Facultas 2009, 298–305.
- Hengstschläger, Johannes/Leeb, David: Grundrechte, Wien: Manz³2019.
- Huber, Stefan: ÖH-Recht. Hochschulinnen- und Hochschülerschaftsgesetz mit Nebenbestimmungen, Wien/Graz: NWV⁸2019 (= Schriften zum Wissenschaftsrecht 6).
- Kahl, Arno/Weber, Karl: Allgemeines Verwaltungsrecht, Wien: Facultas⁷2019.
- Kucsko-Stadlmayer, Gabriele, in: Perthold-Stoitzner, Bettina: Universitätsgesetz 2002, Wien: Manz³2016.
- Lenzen, Dieter: Eine Hochschule der Welt. Plädoyer für ein Welthochschulsystem, Wiesbaden: Springer 2015.
- Mayer, Heinz: Satzungsautonomie und Studiengebühren, in: Zeitschrift für Hochschulrecht, Hochschulmanagement und Hochschulpolitik 6 (2011) 183–192.
- Mittelstraß, Jürgen: Die zeitgemäße Universität, Berlin: Suhrkamp²1994.
- Novak, Manfred: Erschleichung und Täuschung im universitären Studienrecht, in: Zeitschrift für deutsches und europäisches Wissenschaftsrecht 3/4 (2018) 331–369.

- Novak, Manfred: Nachnominierung und Befangenheit im Verfahren zur Berufung auf eine Professorenstelle, in: *Zeitschrift für Verwaltung* (2002) 175–182.
- Novak, Manfred: Unions-, verfassungs- und universitätsrechtliche Aspekte zu „Corona-Maßnahmen“, in: Kröll, Wolfgang/Platzer, Johann/Ruckenbauer, Hans-Walter/Schaupp, Walter: *Die Corona-Pandemie. Ethische, gesellschaftliche und theologische Reflexionen einer Krise*, Baden-Baden: Nomos 2020 (= *Bioethik in Wissenschaft und Gesellschaft* 10) 153–175.
- Novak, Manfred: Universitäten, in: Grimberger, Markus/Hauser, Werner/Novak, Manfred et al.: *Handbuch des österreichischen Hochschulrechts*, Wien/Graz: NWV ³2018, 123–283.
- Novak, Manfred: *Universitätsrecht*, Wien/Graz: NWV ³2018 (Neue Praktikerkripten 1).
- Novak, Manfred/Funk, Bernd-Christian: Verfassungsrechtliche Dimensionen des Hochschulrechts, in: Grimberger, Markus/Hauser, Werner/Novak, Manfred et al.: *Handbuch des österreichischen Hochschulrechts*, Wien/Graz: NWV ³2018, 33–55.
- Öhlinger, Theo: Die Rechtsfolgen der Aufhebung von Teilen des § 91 UG 2002 betreffend den Studienbeitrag, in: *Zeitschrift für Hochschulrecht, Hochschulmanagement und Hochschulpolitik* 6 (2011) 200–203.
- Öhlinger, Theo/Eberhard, Harald: *Verfassungsrecht*, Wien: Facultas ¹²2019.
- Perthold-Stoitzner, Bettina: *Hochschulrecht im Strukturwandel. Verfassungs- und verwaltungsrechtliche Konsequenzen der Öffnung des tertiären Bildungssektors in Österreich*, Wien: Manz 2012.
- Perthold-Stoitzner, Bettina: *UG*, Wien: Manz ⁵2018.
- Sow, Amadou Korbinian: „Dein lebend Wort übe Wunderkraft“ – Savigny zur Universität, in: *Zeitschrift für deutsches und europäisches Wissenschaftsrecht* 54/1 (2021) 3–37.

III. Religiöse Kontexte und Praxisfelder

Kontinuität der Nächstenliebe. Die Caritas Steiermark in Zeiten der Pandemie

Isabelle Jonveaux und Herbert Beiglböck

Einleitung

Als Hilfs- und Katastrophenhilfe-Organisation ist ‚Krise‘ für die Caritas immer auch Teil ihrer Normalität. Hilfe für Menschen in Not kann als Hauptaufgabe der Caritas angesehen werden und bedeutet nichts anderes, als Menschen zu helfen, die sich in einer strukturellen oder persönlichen Krise befinden. Trotz der Erfahrung im Umgang mit Krisen war die Caritas in den Jahren 2020 und 2021 intensiver gefordert als zuvor, denn: Die durch die Pandemie hervorgerufene Krise trifft nicht nur sämtliche Bereiche einer Gesellschaft, sondern beeinflusst eine Hilfsorganisation auch auf ihrer Makro-Ebene. Im Folgenden wird es darum gehen, wie die Caritas der Diözese Graz-Seckau auf die COVID-19-Krise reagiert und ihre Hilfe den Gegebenheiten angepasst hat. Dabei wird besonderes Augenmerk gelegt auf die Spannung zwischen Krise und Normalität, und darauf, wie die Caritas die Kontinuität ihres Dienstes der Nächstenliebe in Zeiten der Krise sicherstellen konnte.

Der vorliegende Beitrag stützt sich auf acht qualitative halb-strukturierte Interviews, die mit LeiterInnen und MitarbeiterInnen verschiedener Einrichtungen der Caritas der Diözese Graz-Seckau im April und Mai 2021 geführt wurden. Diese Beispiele gelten als exemplarisch für die Situation der Caritas während der viel zitierten ‚Corona-Pandemie‘, ohne dabei den Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben. In einem ersten Teil wird aufgezeigt, wie die Caritas-Einrichtungen versucht haben und weiterhin versuchen, ihr Werk der Nächstenliebe fortzusetzen. In einem zweiten Teil werden die Herausforderungen untersucht, die sich aus dem Anspruch der Fortsetzung des Auftrags der Nächstenliebe ergeben haben. Abschließend wird gezeigt, wie die Caritas sowohl kurz-, als auch langfristige Systemrelevanz innerhalb einer Krise hat.

1. Trotz Krise Caritas bleiben: auf Nähe und Menschen nicht verzichten

Nach Erving Goffman sind ‚normale Situationen‘ solche, deren Bedingungen es den sozialen Subjekten erlauben, ihre täglichen Aktivitäten auszuführen, ohne darauf achten zu müssen, was um sie herum geschieht. Dies sind die Situationen, deren Stabilität ein hohes Maß an Vorhersehbarkeit hinsichtlich zukünftiger Ereignisse gewährleistet; sie sind von einer emotionalen Ruhe begleitet, die auf das Fehlen jeglicher Beunruhigung, Bedrohung oder Vorahnung des Unerwarteten zurückzuführen ist (Goffman, zitiert nach Alonso/Bertrand 2011, 2).

Gemäß dieser Definition ist eines klar: Die Situation, in der sich die Caritas und die Gesellschaft als Ganzes seit März 2020 durch die COVID-19-Pandemie befinden, ist keine herkömmliche, keine *normale*. Die MitarbeiterInnen und Führungskräfte der Caritas mussten nämlich ständig darauf achten, was um sie herum geschah; sie mussten sich an neue Maßnahmen anpassen, während sie gleichzeitig weiterhin auf die üblichen Bedürfnisse ihrer Einrichtungen antworten mussten. Krise meint in diesem Sinne eine ständige Spannung zwischen Normalität und Anomalie. Krisen sind Roux-Dufort zufolge „plötzliche Störungen, an denen mehrere Akteure beteiligt sind, die in einem Klima großer Ungewissheit über den Verlauf der Ereignisse und die Folgen von Entscheidungen sofortige Aufmerksamkeit erfordern“ (Roux-Dufort 2003, 16–17). Vor allem in der Anfangsphase der Krise herrschte Unsicherheit, und diese Unsicherheit war auch auf politischer Ebene vorhanden. Der Leiter der Caritas-Einrichtung ‚Marienstüberl‘ in Graz sagte dahingehend: „Die Hauptherausforderung war natürlich die Unsicherheit: Wann kommt das Virus? Wie gefährlich ist es?“ Diese Unsicherheit, besonders in der ersten Phase der Pandemie, war in sämtlichen Caritas-Einrichtungen erkennbar. Die Aufgabe der Caritas ist „füreinander da zu sein, an das Gute zu glauben und [zu] helfen, wenn uns jemand braucht“ (Caritas 2021). Wie Gabriele Anderssohn, Regional Koordinatorin für Ennstal und Ausseerland es sagt: „[I]n der Krise ist es der Job der Caritas, da zu sein.“ Erstes Anliegen der Caritas in der Krise ist also, ihre Aufgaben auch weiter zu erfüllen, soweit das möglich ist. Zu diesem Zweck hielt die Caritas ihre Einrichtungen, soweit es die offiziellen Maßnahmen der Regierung zuließen, offen.

1.1 Pflegewohnhäuser: Zwischen Alltag und akuter Krise

Im Jahr 2019 wohnten 1.165 SeniorInnen in einem der 17 Pflegewohnhäuser der Caritas Steiermark, die sich in den Regionen der ganzen Steiermark

befinden. Diese Pflegewohnhäuser waren während der gesamten Pandemie geöffnet – selbst dann, als Häuser anderer Organisationen schließen mussten. So weit wie möglich versuchten LeiterInnen und MitarbeiterInnen der Pflegewohnhäuser eine Beibehaltung der Normalität. Anita Freismuth, Leiterin des Pflegewohnhauses in Hitzendorf, fasst es so zusammen: „So viel Normalität wie möglich, so viel Sicherheit wie nötig.“ In einem Brief an der MitarbeiterInnen schrieb Caritas-Direktor Herbert Beiglböck im September 2020: „Der englische Soziologe Ralf Dahrendorf hat in den 90-iger Jahren einmal darauf hingewiesen, dass Krisensituationen am besten durch gesteigerte Normalität bewältigt werden können. Das klingt sehr einfach, ist aber ebenso anspruchsvoll.“ Die MitarbeiterInnen in den Caritas-Pflegewohnhäusern legten großen Wert darauf, den Alltag für die BewohnerInnen so normal wie möglich zu gestalten. Unter Einhaltung eines größeren Abstandes zum Sitznachbarn wurde auch weiterhin gemeinsam gegessen – außer in der Zeit, in der es COVID-19-Erkrankungen in der eigenen Einrichtung gab. Gelebte Normalität während der Krise ist aber nur durch Anpassung möglich und wird zu einer ‚anderen‘ Normalität. Allerdings braucht es seitens der MitarbeiterInnen mehr Energie, um Normalität aufrecht zu halten. Klaus Sauseng, Leiter der Pflegewohnhäuser in Rottenmann und Frauenberg in der Steiermark, erzählt, wie die MitarbeiterInnen selbst versuchten, den Mangel an Normalität in bestimmten Dimensionen durch die Steigerung anderer Arten von Aktivitäten zu kompensieren:

„Wir als Haus haben ganz stark in die Animation, in den täglichen Ablauf, eingegriffen [...] und mehr Angebote gehabt. [...] – um trotzdem eine gewisse Normalität weiterlaufen zu lassen. Zum Beispiel haben wir uns selbst als Krampus verkleidet, oder als Nikolo. Wir haben diese Feste, die bei uns einen hohen Wert haben, trotzdem immer weiter gefeiert. Wir haben vermehrt Kuchen gebacken, wir haben vermehrt gezeichnet, vermehrt gebastelt. [...] Wir waren aktiver.“

Die pandemiebedingten Sicherheitsmaßnahmen haben einen wesentlichen Teil des Alltagslebens in den Wohnhäusern verändert. Insbesondere hat sich das Besuchsverbot direkt auf das Wohlbefinden der BewohnerInnen ausgewirkt. Klaus Sauseng betont: „Dieses Beschränken der Besuche war für jeden einzelnen Bewohner eine Wegnahme von Gewohnheiten.“ Außerdem wurden verschiedene Aktivitäten oder Veranstaltungen, wie beispielsweise Gottesdienste, abgesagt. Einzelne Veranstaltungen konnten allerdings gelebt werden, wie etwa die Palmweihe oder Muttertag, aber ohne Gäste von außerhalb. „Von einem offenen Haus ist es ein geschlossenes Haus geworden“, sagt dazu die Leiterin des Pflegewohnhauses in

Hitzendorf. Sobald Besuche wieder möglich waren, wurde ein Besuchsmanagement eingerichtet. An die Stelle der Spontaneität trat eine gewisse Komplexität in das soziale Leben, das die Koordination einer Arbeitskraft erforderte. Akutere Krisen traten in den Pflegewohnhäusern auf, als es COVID-19-positive Fälle gab, sowohl unter den BewohnerInnen als auch den MitarbeiterInnen. Von da an wurde es schwieriger, Normalität aufrechtzuerhalten, da Sicherheit an erster Stelle stand. Im Pflegewohnhaus Sankt Peter in Graz etwa, wo im September 2020 elf BewohnerInnen mit COVID-19 verstarben, begann die Krise mit einer Phase des Chaos.

„Am Anfang der Geschichte, die Chaosphase. Die anstrengendste Phase. Du hast auf einmal viel Arbeit, aber einen großen Ausfall an Personal, sofort. Man kommt von dieser Chaosphase hinaus, wenn das Personal aus der Quarantäne entlassen worden ist und wieder mehr Ordnung reingebracht hat.“ (Klaus Sauseng)

Zu diesem Zeitpunkt war es nicht mehr möglich, Normalität aufrecht zu erhalten, und das Lebensumfeld der BewohnerInnen wurde erheblich verändert:

„Polstermöbel, Sitzgarnituren, das einmal hinauszuschmeißen, weil es da sein kann, dass es Mikroorganismen gibt, die infektiös sind. Das Loslassen von jahrelang aufgebautem Alltag. Diese Chaosphase war für einige, ich sage nicht nur für BewohnerInnen, sondern auch fürs Personal... Es ist ein Wandel, und dieser Wandel lässt sich definieren über das komplette Demontieren meines gewohnten Pflegewohnhauses. Auf einmal heißt es: Schaffe mir sterile Flächen. Und die Gänge mussten leer sein. Und auf einmal begeben wir uns in ein krankenhaushausartiges Setting. Die Gänge waren voll mit Sesseln, mit Möbelstücken. Auf einmal hast du den Switch vom gewohnten Umfeld in ein hygienisches, krankenhaushausartiges Umfeld. Es war zu bemerken, dass viele damit nicht umgehen konnten.“ (Klaus Sauseng)

Der Rahmen des täglichen Lebens ist mit einer gewissen Sicherheit verbunden und ist umso wichtiger für Menschen, die sich nicht in einer a priori normalen Situation befinden – so etwa ältere Menschen, die nicht mehr zu Hause leben können. Die Beseitigung dieses Rahmens ist dann umso schwieriger und fügt der Krise eine weitere hinzu.

1.2 Suppenküche und Lebensmittelausgabe

Die Suppenküche ‚Marienstüberl‘ in Graz hilft Menschen in akuter Not mit Essen. Im Jahr 2019 etwa wurden dort 55.000 Mittagessen ausgegeben. Andere Suppenküchen, wie etwa die Tafeln vom Roten Kreuz, wurden geschlossen, aber laut Philipp Friesenbichler, einer der beiden Leitungspersonen des Marienstüberls, war „der Gedanke zuzusperren [...] überhaupt nicht da“ und „es wäre schlimm gewesen zu schließen“. Die Bedingungen, unter denen dieser Dienst durchgeführt wurde, insbesondere die Tatsache des gemeinsamen Essens ohne Maske im selben Raum, machten es nichtdestotrotz unmöglich, ihn in der gleichen Form weiterzuführen. Nur Obdachlose durften im Speisesaal essen, das heißt, nicht mehr als zehn Personen. „Im Stüberl hat es einen kleinen Teil der Gäste gegeben – diejenigen, wo wir der Meinung waren, sie haben keine andere Bleibe, sie sind tatsächlich obdachlos, ohne andere Gründe dafür, dass sie stationär essen“, erklärt Philipp Friesenbichler. Für die anderen wurde während den Lockdowns Frühstück und Mittagessen *to go* in Behältern organisiert und auf dem Parkplatz im Freien ausgeteilt. Die Aufrechterhaltung einer gewissen Normalität war auch eine Säule des Krisenmanagements im Marienstüberl. So etwa betete Schwester Elisabeth Gruber, Leiterin der Einrichtung, auch weiterhin jeden Tag mit den KlientInnen. „Wir beten das Vater Unser, das Gegrüßt seist du Maria, Ehre sei dem Vater und ein kurzes Tischgebet. [...] Wir machen das das ganze Jahr hindurch, wir haben nie aufgehört. Und dann haben wir noch die Kapelle, wo wir auch jeden Tag beten.“

Normalität in Krisenzeiten muss tatsächlich neu definiert und rekonstruiert werden; sie ist nicht sofort gegeben. Arbeit ist notwendig, um diese Kontinuität von Normalität zu ermöglichen, und dies erfordert mehr Engagement der MitarbeiterInnen. „Am Anfang war es ein bisschen chaotisch, weil es keine Vorwarnung für die Situation gab. [...] Die ersten drei, vier Tage waren sehr intensiv, weil wir etwas gebraucht haben, was für uns sehr wichtig ist, bei der Arbeit im Stüberl, wir brauchen auch in der Krisensituation einen geregelten Ablauf“, so Philipp Friesenbichler. Der geregelte Ablauf ist in Wirklichkeit ein neuer Standard für KlientInnen und MitarbeiterInnen: Er wird den Anforderungen der Krise gerecht und garantiert eine neue Form der Normalität.

Krisenmanagement bedeutet auch, dass die Caritas ihren Horizont erweitern muss, was ihre Klientel anbelangt, denn: Aus einer Krise erwachsen spezifische Bedürfnisse, die erfüllt werden müssen. Um die Schließung der ‚Tafeln‘ des Roten Kreuz zu kompensieren, organisierte die Caritas eine zusätzliche Lebensmittelausgabe in der Herrgottwiesgasse in Graz. In den Regionen, wo es ebenso keine Tafel mehr gab, mussten Lösungen

gefunden werden. Im Bezirk Liezen beispielsweise wurde am Gründonnerstag 2020 eine Lebensmittelausgabe in drei Orten bis Juni mit der Unterstützung von einem Bus – genannt Carli (*Caritas Lieferservice*) – ins Leben gerufen. Nach Juni wurden die Lebensmittelausgaben lokal organisiert, in Schladming wurde daraus ein wöchentlicher Sozial-Vital-Markt im Pfarrkindergarten.

1.3 Kontakt trotz Abstand: Kontinuität in der Beratung und Begleitung

Aufgrund der von der Regierung vorgegebenen Sicherheitsvorkehrungen waren einige Caritas-Dienste während den Lockdowns nicht mehr möglich und mussten in ihrer gewohnten Form stark reduziert werden. Dies betraf insbesondere die Beratungsstellen der Caritas. Trotzdem konnten sich einige Dienste anpassen und gingen online. Dies ist der Fall bei der Beratungsstelle zur Existenzsicherung (BEX), die seit April 2020 eine Online-Beratung zu Themen wie Drogenmissbrauch und Sucht, Alkoholmissbrauch, Wohnungsverlust oder akute finanzielle Notlage anbietet. Eine Umstellung und virtuelle Erweiterung waren bereits vor der Pandemie geplant, weil eine Online-Beratung aufgrund der Gewährleistung der vollen Anonymität der KlientInnen und der zeit- und ortsunabhängigen Beantwortung der Fragen von Vorteil ist. In Zeiten von COVID-19 bewahrheitete sich dies umso mehr und die Beratung über Internet und Telefon wurde unerlässlich.

Digitale Medien wurden auch im Bildungskontext eingesetzt. Die acht steirischen Lerncafés bieten SchülerInnen im Alter von 6 bis 15 Jahren ein kostenloses Lern- und Nachmittagsangebot. Die ‚LernBars‘ hingegen bieten kostenlose Lernbetreuung für SchülerInnen von 12 bis 21 Jahren. Während der Pandemie wurden die so genannten ‚Lerncafés‘ zu ‚Ferncafés‘. Als erster Schritt hin zur Online-Begleitung galt es herauszufinden, ob die Kinder und Jugendlichen über die nötigen technischen Möglichkeiten für eine solche Beratungsform verfügen, oder, wie die Leiterin Eva Hödl es sagt, „ob das Kind für uns überhaupt greifbar ist“. Die Initiativen der Stadt Graz oder anderer Organisationen waren nicht in der Lage, alle bedürftigen Familien mit Laptops zu versorgen, sodass die Caritas selbst nach Wegen suchte, diese zu beschaffen. Eva Hödl zufolge waren fast alle Notebook-Bedürfnisse gestillt. Abgesehen von den Kommunikationsmethoden war es das Wichtigste, mit den Kindern in Kontakt zu bleiben:

„Wir hatten Freiwillige, die zusätzlich einmal am Tag oder zwei Mal in der Woche mit dem Kind telefoniert haben, gefragt haben, „Was tut

sich so?“ „Wie geht es voran?“..., um diesen Austausch, der im Lerncafé auch enorm wichtig ist, weiter mit den Kindern zu halten. Wir haben einfach viel Zeit gebraucht, um in Kontakt mit den Kindern zu bleiben.“

Dafür mussten sich die PädagogInnen und Freiwilligen an die Bedürfnisse von jedem einzelnen Kind anpassen und das beste Kommunikationsmittel finden. Diese Kontinuität des Kontakts hat ermöglicht, dass kein einziges Kind aus einem Lerncafé während der Pandemie die Schule abgebrochen hat. Die Online-Umstellung war aber nicht die einzige Lösung: So haben PädagogInnen auch Arbeitsunterlagen ausgedruckt und per Post zugeschickt, sofern die betreffende Familie keinen Drucker hatte.

Aufgrund der Lernbedingungen in den Schulen stieg der Bedarf an Unterstützung für sozial benachteiligte Kinder während der Pandemiezeit. Die Pandemie hat in der Tat die Ungleichheiten von SchülerInnen im Schulsystem verstärkt. Im Kontext des Fernunterrichts zeigen sich die sozialen Ungleichheiten von Kindern stärker als in ‚normalen‘ Zeiten: fehlende Ressourcen der Eltern (finanziell, zeitlich, sprachlich, Wissen), um ihren Kindern bei den Hausaufgaben zu helfen, fehlender Zugang zu Technologien, oft kein ruhiger Arbeitsplatz und kein von den Eltern definierter und unterstützter Zeitrahmen. Birgit Sauer vom Institut für Politikwissenschaft und Leiterin des Projekts MiCREATE in Wien, spricht in diesem Zusammenhang von einem „Pandemie Gap“, „eine Bildungslücke verursacht durch die Covid-19-Krise“ (Wohlsein 2021). Zusätzlich zu diesen Ungleichheiten beim direkten Zugang zum Fernunterricht haben andere Ungleichheiten während der Krise zugenommen, wie etwa erhöhte Arbeitslosigkeit oder häusliche Gewalt, die Auswirkungen auf die Lernbedingungen von Kindern haben können.

Ein Großteil der SchülerInnen der Fachschule der Caritas in Graz sind sozial benachteiligte SchülerInnen. Direktorin Evelyn Awad: „Wir heben viele Schüler aus schwierigen Verhältnissen, viele Migranten, und wir haben eine Abendschule, wo Schüler drinnen sind, die aus dem System gefallen sind und die da wieder einsteigen. Und für diese Klientel war es besonders schwierig.“ Auch hier war das Wichtigste, den Kontakt mit den SchülerInnen aufrecht zu erhalten: LehrerInnen und die Sozialpädagogin der Schule haben sich viel Zeit genommen, um persönliche Gespräche mit den SchülerInnen zu führen. „Wir haben sie gut betreut, es war viel, viel Arbeit, aber wir haben trotzdem nicht alle erreicht.“, so Evelyn Awad. Ein bis zwei SchülerInnen pro Klasse haben die Schule abgebrochen. Die größte Sorge der Direktorin ist jedoch das allgemeine Wohlbefinden dieser benachteiligten Kinder, denn „Schule ist nicht nur Schule. Schule ist nicht

nur Lernen. Das ist auch ein Ort der Begegnung, wo man einmal einen Blödsinn macht, Spaß hat und das ist alles weg.“ Außerdem haben Freizeitaktivitäten (Musik, Sport, Ausflüge) seit einem Jahr nicht mehr stattgefunden, obwohl für diese Gruppe die Schule oft die einzige Möglichkeit bedeutet, diese Art von Aktivitäten auszuüben.

Die Kontinuität des Kontakthaltens konnte nicht überall durch Online-Lösungen aufrechterhalten werden, und vielerorts haben bereits vergessene Methoden wieder ihren Wert gefunden. Einige Pfarrcaritas-Einrichtungen haben beispielsweise fertige Essens- und Hygienepakete durch die Fenster gegeben. Im folgenden Abschnitt wird deutlich, wie jede Einrichtung der Caritas versucht hat, sich anzupassen, um Kontinuität von Nächstenliebe oder dasjenige zu gewährleisten, was Sr. Elisabeth vom Marienstüberl „die Werke der Barmherzigkeit“ nennt. Der Linzer Diözesanbischof Manfred Scheuer hat, in einem Artikel über die Pastoral der Krise in der COVID-19-Pandemie, in diesem Zusammenhang von der „Kreativität der Liebe“ gesprochen. Diese Kreativität der Liebe findet sich in neuen Wegen wieder, die die MitarbeiterInnen der Caritas beschrrieben haben, um diese Kontinuität der Nächstenliebe zu gewährleisten. Um die Angehörigen zu informieren, wurden neue Formen der Information entwickelt. So etwa wurden in einigen Pflegewohnhäusern Newsletter per Email oder ausgedruckte Informationsbriefe an die Angehörigen verschickt, um den Kontakt aufrecht zu erhalten.

2. Herausforderungen und neue Nöte erkennen

Die ungeplante, unstrukturierte und unerwartete Natur von Krisen (Rosenthal 2003) bringt viele Herausforderungen für die MitarbeiterInnen und für die Erfüllung neuer Bedürfnisse, die sich direkt aus der Krisensituation ergeben.

2.1 Herausforderungen und neue Bedürfnisse für die MitarbeiterInnen

Die Aufrechterhaltung einer gewissen Normalität oder die Entwicklung einer neuen Normalität erfordern in Zeiten der Krise einen höheren Einsatz der MitarbeiterInnen. In der Krise hat sich gezeigt, dass viele MitarbeiterInnen in der Caritas mit hohem Engagement ihre Aufgaben wahrnehmen, was auch erlaubt hat, in kurzer Zeit auf die neuen Anforderungen, auf neue Not oder auf Problemstellungen zu reagieren.

Ein Kennzeichen der COVID-19-bedingten Gesundheitskrise ist die lange Dauer und damit verbundene Belastung ohne wirkliche Erholungsphasen. Dies haben besonders die MitarbeiterInnen in den Einrichtungen der Pflege erlebt. Viele haben mit großer Anstrengung und unermüdlichem Einsatz durchgehalten, damit die anstehenden Dienste gut gemacht werden konnten. Wie Christoph Seidl es betont: „Helfende Berufe leisten auch in schwierigen Zeiten das, wozu sie ausgebildet wurden und wozu sie angetreten sind: nämlich anderen in ihrer Not beizustehen, sie zu unterstützen, sie zu entlasten. Aber in einer Pandemie können die eigenen Kräfte rasch an die Grenzen gelangen.“ (2020 :315) Beide LeiterInnen von Pflegewohnhäusern, mit denen ein Interview geführt wurde, sagen, dass sie in dieser Zeit mehr Gespräche mit MitarbeiterInnen geführt haben. Die mit der Krise verbundenen Arbeitsbedingungen hatten auch Folgen, die über den Arbeitsplatz hinaus in den privaten Bereich hineinreichten. Die LeiterInnen vom Marienstüberl etwa hatten den ganzen Tag Kontakte mit den KlientInnen und waren auf die Möglichkeit einer Infektion vorbereitet. So hatte der Leiter immer einen mit den nötigsten Dingen gepackten Koffer im Büro, für den Fall, dass er sich ansteckte und nach der Arbeit zum Schutz der eigenen Familie nicht mehr zurück nach Hause konnte. Sr. Elisabeth wiederum bewohnte einen anderen Teil ihres Klosters und frühstückte nicht mit den anderen Schwestern. Die PädagogInnen und freiwilligen MitarbeiterInnen der Lerncafés mussten sich von Kindern abgrenzen, die rund um die Uhr Unterstützung brauchten. Um die MitarbeiterInnen zu schützen, wurden die Öffnungszeiten im Lerncafé klar definiert. Auch die LehrerInnen der Fachschule haben hohes Engagement gezeigt, wie die Direktorin es erzählt: „Für die Lehrer war es unglaublich viel Arbeit. Im Normalfall haben sie einen Stundenplan, nun hatten wir praktisch 24 Stunden Dienst und waren immer erreichbar.“

Die Krise hat außerdem eine neue Arbeitsweise gefordert. Es ist grundsätzlich schnell und gut gelungen auf Homeoffice umzustellen und viele Besprechungen online durchzuführen. Die Digitalisierungsschritte waren aber mit neuen Kompetenzen und neuen Geräten verbunden, an die die MitarbeiterInnen sich schnell anpassen mussten. Die Leiterin der Lerncafés berichtet dahingehend: „Es hat fast jeder im ersten Lockdown ein Handy bekommen. Meine Mitarbeiter sind nicht die höchste Einkommenschicht und sie haben kein Smartphone oder ein Wertkartenhandy. [...] Also, wir mussten einige Geräte austeilen, WhatsApp freischalten lassen von der IT.“ Die PädagogInnen von den Lerncafés mussten selber lernen, ein Smartphone und ‚Zoom‘ zu verwenden. Digitalisierungsworkshops über Lernmethoden im Online-Bereich wurden für sie organisiert.

Diese Krise hat letztlich auch gezeigt, dass Spannungen, die in der Gesellschaft sind, auch bei MitarbeiterInnen spürbar sind. Neben jenen, die sehr aktionsorientiert in der Krise arbeiten und neue Projekte entwickeln, gibt es auch jene, die eher sicherheitsorientiert, vielleicht auch ängstlich, alle Regeln möglichst genau umsetzen wollen, vielleicht sogar zusätzliche Sicherheitsmaßnahmen vorschlagen. Besonders in dieser Krise hat sich gezeigt, dass die Fähigkeit, mit Unsicherheiten umzugehen, sehr unterschiedlich ausgeprägt ist, vielleicht auch deswegen, weil die Caritas in den letzten Jahren viel investiert hat in die Entwicklung von Strategien und langfristigen Planungen. Plötzlich war es notwendig, auf Sicht zu agieren und sehr kurzfristig zu entscheiden. Das hat manche sehr gefordert und Führungskräfte mussten mit diesen unterschiedlichen Erwartungen gut umgehen. Eine wesentliche Aufgabe war es plötzlich, Spannungen auszuhalten und trotzdem Sicherheit und Klarheit zu vermitteln.

2.2 Neue Bedürfnisse bei den Obdachlosen

Was heißt eine Quarantäne oder Ausgangsperre für diejenigen, die kein Dach über dem Kopf haben? Wie kann man ‚daheim bleiben‘, wie es beim ersten Lockdown das Motto war, wenn man kein Zuhause hat? Wohnungslose Menschen wurden also während der Pandemie mit neuen Herausforderungen konfrontiert, auf die die Caritas zu antworten versucht hat. Eine erste Antwort darauf war, dass die Notschlafstellen während des Lockdowns auch tagsüber geöffnet hatten – im Gegensatz zu den herkömmlichen Öffnungszeiten vom Abend bis in der Früh. Eine Frage, die bei der Caritas in der ersten Woche des Lockdowns schnell aufkam, war, was zu tun ist, wenn sich eine Person mit möglichen COVID-19-Symptomen in einer Notschlafstelle vorstellt. Es ist nicht möglich, Menschen am Abend nicht aufzunehmen, ohne ihnen einen alternativen Schlafplatz anzubieten. Um diesem potenziellen Bedarf gerecht zu werden, hat die Caritas ein Quarantäne-Wohnungssystem für Verdachtsfälle eingerichtet. MitarbeiterInnen von anderen Einrichtungen und Freiwillige hatten die Aufgabe, die Menschen von der Notschlafstelle in die Wohnung zu bringen und sie während der zweiwöchigen Quarantäne jeden Tag zu besuchen. Nach und nach erhielt die Caritas Unterstützung von der Stadt Graz mit weiteren Wohnungen, die genutzt werden konnten, und Ende April 2020 stellte ein Hotel der Caritas sogar Zimmer zur Verfügung und machte damit gesellschaftliche Solidarität erfahrbar.

Wie schon erwähnt, wurden die Angebote in der Suppenküche des Marienstüberls an die individuelle Situation angepasst. Obdachlose Menschen

und diejenigen, die nicht zu Hause essen konnten, durften weiterhin im Speisesaal essen. So wurde für diejenigen, die weniger in den normalen Mustern der Gesellschaft leben, größtmögliche Normalität bewahrt, um eine Form von Sicherheit zu erhalten. Wie Anne-Françoise Dequiré in einem Artikel über Obdachlose schrieb: „Innerhalb der Norm zu bleiben, scheint wichtig zu sein und erlaubt es dem Einzelnen, sich selbst zu beruhigen“ (Dequiré 2010). Weil ein großer Teil von Normalität wegfällt, ist es umso wichtiger, diese in Krisenzeiten auf der Makro-Ebene zu bewahren.

2.3 Zunehmende Einsamkeit

Einsamkeit ist eine wachsende Plage in unserer Gesellschaft. Einpersonenhaushalte sind bei jungen und älteren Menschen im Steigen begriffen und können zu Formen von Einsamkeit führen, die die Pandemie mit ihren sukzessiven Lockdowns und sogenannten ‚Social Distancing‘ ernsthaft verschlimmert hat. 2019 waren laut Statistik Austria 37,5 Prozent der Haushalte in Österreich Einpersonenhaushalte – großteils mit Menschen über 65 Jahre. Was kann die Caritas, deren Motto ‚wir > ich‘ (Wir ist größer als ich) lautet, leisten? Einsamkeit betrifft vor allem Menschen, die nicht in die üblichen Netzwerke einer Gesellschaft, wie Familie oder Arbeitsplatz, eingebunden sind. Obdachlose Menschen sind besonders von Einsamkeit betroffen. Sr. Elisabeth betont: „Die Einsamkeit hat viele schon sehr gequält, das haben sie auch gesagt.“ Das Marienstüberl ist nicht nur als Essensausgabe gedacht, sondern auch als Begegnungsstätte für Menschen, die am Rande der Gesellschaft leben. Diese Menschen besuchten sich früher gegenseitig in Heimen, in denen sie sich aufhielten, was bald pandemiebedingt nicht mehr möglich war. Während des Gesprächs mit Sr. Elisabeth ruft eine Dame, eine Klientin des Marienstüberls, die sich derzeit in einem Heim befindet, mehrmals am Telefon der Schwester an. Sr. Elisabeth erklärt, dass sie mehrmals am Tag anruft, weil sie derzeit sehr einsam ist, ohne Besuch. Sr. Elisabeth hebt ab, um mit der Frau das Abendgebet zu sprechen und ihr eine gute Nacht zu wünschen. Sie rezitiert ein Gebet zu den Schutzengeln und ein Vaterunser und segnet sie, indem sie das Kreuzzeichen auf das Telefon nachzeichnet. Laut Sr. Elisabeth wären genau das der Auftrag und die Identität der Caritas, nämlich in Notzeiten da zu sein für Menschen und mit den gewohnten Aufgaben weiterzumachen:

„Wir können die Armen nicht auf die Straße sperren. Wir können sie nicht verhungern lassen. Das ist unser Auftrag und das ist das

wichtigste, was immer kommt, es muss dieser Auftrag bleiben, dass man den Menschen zu essen und zu trinken gibt und Wärme. Das bleibt. Das sind die Werke der Barmherzigkeit, die muss man tun, ob es jetzt erlaubt ist oder nicht erlaubt, das gebietet die Liebe und das ist eigentlich Caritas, gelebte Caritas. Wenn wir das nicht mehr tun, sind wir nicht Caritas.“

Doch die Einsamkeit während der Pandemie betraf nicht nur Menschen, die bereits am Rande der Gesellschaft standen. Das ‚Team Nächstenliebe‘, ein Telefon- und Online-Netzwerk der Caritas Österreich, das bereits zu Beginn des ersten Lockdowns eingerichtet wurde, um Bedürfnisse und Hilfsangebote zu ermitteln, zeigt eine andere Form von Bedürftigkeit. Das Profil der Hilfsbedürftigen war laut Katharina Fink, zuständig für das Team Nächstenliebe in Graz, eine „breite Palette“. Am Anfang meldeten sich hauptsächlich ältere Leute, die meist um Hilfe fürs Einkaufengehen anfragten. Katharina Fink betont:

„Was mir nicht bewusst war, ist, dass es einfach extrem viele Menschen gibt, die kein Netz haben, wirklich, oder keine vertrauten Personen, die sie fragen können, wenn es auch nur eine Kleinigkeit ist. Man fühlt sich nicht fit und braucht etwas vom Supermarkt. Ich habe am Anfang oft naïv gefragt, ob sie nicht einen Freund, oder einen Nachbarn oder ein Kind haben, sie haben gesagt: nein, sie wüssten nicht, wen sie fragen sollten.“

In diesem Sinne hat die Krise andere, stillere Nöte unserer Gesellschaft geoffenbart, die bislang nicht gesehen wurden. In letzter Zeit haben sich Menschen beim „Team Nächstenliebe“ gemeldet, weil sie jemanden suchten, mit dem sie spazieren gehen und Kontakt haben können – „weil es zu zweit netter ist“, wie Katharina Fink berichtet. „Jetzt, nach einem Jahr, geht es sehr stark in Richtung Einsamkeit.“

2.4 Die neue Armut

Kurzarbeit, Home-Schooling, Jobverlust: Die viel zitierte ‚Corona-Krise‘ hat die Situation jener verschlimmert, die schon vorab von Armut bedroht waren und darüber hinaus Menschen in Notlagen gebracht, die zuvor noch nie von Armut bedroht waren. Die österreichische Armutskonferenz berichtet:

„Wer vor dem März 2020 prekär oder gar irregulär gearbeitet hatte, konnte in den Wochen danach seinen bzw. ihren Lebensunterhalt aus

eigener Kraft kaum noch bestreiten. Wer in prekären Verhältnissen arbeitet, kann einen wochenlangen Lockdown bzw. eine noch längere Zeit mit geringerem oder gar keinem Erwerbseinkommen nicht überbrücken.“ (Österreichische Armutskonferenz 2020)

Die Auswirkungen dieser ‚neuen‘ Armut werden erst nach und nach in den verschiedenen Caritas-Organisationen zu spüren sein. Im Marienstüberl beispielsweise gab es im vergangenen Jahr eigentlich weniger KlientInnen – nicht zuletzt, weil weniger Menschen im Zuge von armutsbedingter Arbeitsmigration aus dem Ausland kamen und Unterstützung brauchten. Sr. Elisabeth zufolge sind auch Menschen ferngeblieben aufgrund von Angst. Außerdem stellt die Suppenküche für viele eine Art Hemmschwelle dar: Viele Bedürftige stellen sich erst dann um ein warmes Essen an, nachdem alle anderen Formen von Hilfe ausgeschöpft worden sind. Innerhalb des Caritas-Netzwerks ist die erste Anlaufstelle für Menschen, die von dieser neuen Armut betroffen sind, die Pfarrgemeinde. In den ländlichen Gebieten und Regionen außerhalb von Graz war diese Form der Armut schon bei der Lebensmittelausgabe spürbar.

„Es sind sehr viele Familien dazu gekommen bei der Lebensmittelausgabe, die wirklich arbeitslos sind, oder Alleinerziehende, die die Nebenjobs nicht mehr ausüben können und uns sagen, dass sie seit Corona nicht mehr ‚über die Runden‘ kommen. Man merkt: von Monat zu Monat werden es mehr.“ (Gabriele Anderssohn)

Laut Caritas-Regionalkoordinatorin Anderssohn ist die Zahl Bedürftiger etwa in Schladming stark angewachsen. Die Krise hat diejenigen, die ohnehin schon gefährdet waren, besonders hart getroffen und Menschen weiter in die Armut getrieben. Um diesen neuen Bedarf zu decken, hat die Caritas einen Spendenaufruf gestartet, für Menschen im Inland, die sich Heizung, Essen oder Wohnung nicht mehr leisten können.

3. Systemrelevanz in der Krise: Kurz- und Langfristigkeit

3.1 Caritas intern

Die Stärke der Caritas in einer Krise liegt in ihrer Fähigkeit, sich schnell an neue und unvorhergesehene Situationen anzupassen. Die interviewten Führungskräfte und MitarbeiterInnen betonen, wie ihre Einrichtung sich trotz Unklarheit der Maßnahmen schnell den Gegebenheiten anpassen konnte. Eva Hödl etwa berichtet von den Lerncafés, dass es am 16. März,

dem ersten Tag ohne Lernbetrieb, jedem Kind klar war, wer seine PädagogIn ist. Auch im Marienstüberl erklärt Philipp Friesenbichler: „Da bin ich dankbar, dass es [ein geregelter Ablauf] relativ rasch gekommen ist. Wir haben relativ rasch zusätzliche Zivildienstler gekriegt.“ Auch in Bezug auf die Impfung Anfang 2021 hat die Caritas schnell reagiert. Klaus Sauseng, der auch im Krisenstab der Caritas ist, erklärt: „Wir, die Caritas, waren die ersten in der Steiermark, die geimpft worden sind. Zwei Tage, bevor die anderen geimpft haben. Der offizielle Impfstart war zwei Tage später. [...] Die Caritas war in der Umsetzung sehr bemüht, sehr schnell, sehr zielstrebig.“

Diese schnelle Anpassung innerhalb der Caritas-Einrichtungen wurde in erster Linie durch die Vielzahl unterschiedlicher, interner Ressourcen ermöglicht. Schon im Mai 2020 betonte Caritas-Direktor Herbert Beiglböck: „Hier zeigt sich der Vorteil der Größe der Caritas, dass in diesem Fall relativ leicht interne Umschichtungen möglich sind, weil die Aufgabenstellungen sehr ähnlich sind.“ (Beiglböck 2020). So wurden MitarbeiterInnen anderer Einrichtungen in die Pflegewohnhäuser entsandt, um auszuhelfen. Die Leiterin des Pflegewohnhauses in Hitzendorf berichtet:

„Das war wirklich sehr schön finde ich, wir haben da drei Kolleginnen gehabt, die aus der Familienhilfe gekommen sind, und das war eine große Bereicherung. Da war mehr individuelle Betreuung möglich. Das war schon faszinierend in dieser Zeit. Wenn beispielsweise Corona in einem Haus ausgebrochen ist, und man hat einen Aufruf gemacht und gefragt, wer wäre bereit auch dort zu helfen – da war die Bereitschaft sehr hoch. Das ist auch schön zu beobachten, denke ich mir.“

Die Arbeit der Caritas stützt sich nicht nur auf bezahlte MitarbeiterInnen, sondern auch auf Ehrenamtliche – im Jahr 2019 waren es insgesamt 1.601 Menschen. Das Profil der Freiwilligen weist ein hohes Durchschnittsalter auf, was bedeutet, dass diese Arbeitskräfte während der Pandemie als Risikogruppe angesehen wurden und in den Einrichtungen nicht mehr weiterhelfen konnten. Dank ihrer Netzwerke war die Caritas jedoch in der Lage, schnell neue Freiwillige zu finden.

3.2 Dauerhafte Lösungen?

Krise meint immer eine ‚Ausnahmezeit‘, außerhalb der Normalität. Einige der von der Caritas während dieser Krise angebotenen Lösungen werden mit großer Wahrscheinlichkeit Bestand haben – zum einen, weil die so-

zialen Auswirkungen der Krise zweifellos in den nächsten zwei bis drei Jahren zu spüren sein werden, und zum anderen, weil einige der Angebote tatsächlich auf Bedürfnisse reagiert haben, die unabhängig von der viel zitierten ‚Corona-Krise‘ vorhanden waren. Als Beispiel ist hier das ‚Team Nächstenliebe‘ zu nennen, das nicht nur auf die Bedürfnisse derjenigen reagiert, die einsam sind, sondern auch auf den Wunsch von Freiwilligen, die sich nur für eine kurze Zeit oder für eine bestimmte Aktion engagieren wollen. „Es gibt Freiwillige, die sich genau deshalb melden, weil sie etwas gegen die Einsamkeit tun wollen. ‚Gegen die Einsamkeit‘ ist eine neue Kategorie“ (Katharina Fink). Die neue Kategorie erfordert neue Formen von Unterstützung.

Andere Angebote, wie etwa die Lebensmittelausgabe in den Regionen, sind auch über die Zeit der Krise hinaus nützlich: „Die Lebensmittelausgabe war eigentlich als Übergangslösung gedacht, bis die anderen Institutionen wieder öffnen, aber das ist eine fixe Einrichtung bei uns geworden, ohne die es nicht mehr gehen würde. Es wäre ganz schlimm für viele Leute, denke ich, wenn wir damit aufhören würden“ (Gabriele Anderssohn). Die Lebensmittelausgabe reagiert zum Teil auf einen Bedarf, der zweifellos bereits vor COVID-19 vorhanden war, aber auch auf die gestiegene Anzahl bedürftiger Familien aufgrund der sozialen Folgen der Pandemie. Auch die Lerncafés werden sich nachhaltig mit den Folgen der Krise auseinandersetzen müssen – insbesondere, um den in den Jahren 2020 und 2021 entstandenen Lernmangel auszugleichen. Nach Aussage der Leiterin wird es in den nächsten zwei Jahren notwendig sein, die Begleitung der Kinder und Jugendlichen zu intensivieren. Gleichzeitig hat die Krise Veränderungen mit sich gebracht, insbesondere im Bereich der Digitalisierung. Während es vorher nur einen Computer in den Lerncafés für die PädagogInnen gab, bleiben einige Tablets und Laptops, die während der Krise angeschafft, wurden nun dort und werden bis heute als Lehrmittel eingesetzt. Was die Digitalisierung der Arbeit anbelangt, so wird einiges davon auch in Zukunft beibehalten werden und die Arbeitsgestaltung der Caritas-MitarbeiterInnen dauerhaft verändern. Dies zeigt sich an der bereits beschlossenen ‚Betriebsvereinbarung Homeoffice‘ und einer damit verbundenen, angedachten Reduktion von Büroflächen. Eine solche Entwicklung kann Chance sein, birgt aber auch Gefahren hinsichtlich ungleicher Lebens- und Arbeitsbedingungen der einzelnen MitarbeiterInnen. Außerdem bringt eine solche Entwicklung Herausforderungen mit sich, betreffend Teamentwicklung und dem gemeinsamen Gestalten und Entwickeln von strategischen Inhalten und Projekten. Auch die Frage nach der bestmöglichen Integration von MitarbeiterInnen mit weniger ausgeprägten digitalen Fähigkeiten (und im Gegenzug dafür oft hoher

sozialer Kompetenz) stellt sich. Gibt es auch für sie in Zukunft gute Orte des Arbeitens, wo sie sich mit ihren Fähigkeiten und ihrer Zuwendung zum Menschen einbringen können? All das erfordert eine gute intensive Reflexionsphase, damit zukünftige Herausforderungen zur Zufriedenheit der Beteiligten gelöst werden können und es zu keinem Nebeneinander von alten Mustern und neuen Modellen kommt, die unreflektiert übernommen und weitergeführt werden.

3.3 Spirituelle Ressourcen der Caritas

Studien über Religion als Bewältigungsmechanismen in schwierigen Situationen – oder sogenannte Copingstrategien – zeigen aus objektiver Sicht, wie spirituelle Ressourcen den einzelnen Menschen befähigen, persönliche oder soziale Krisen besser zu bewältigen (Pargament/Park 1997). Interviews mit den Führungskräften der verschiedenen Caritas-Einrichtungen zeigen, dass Spiritualität als Ressource in Krisenzeiten eine wichtige Rolle spielt. An dieser Stelle sei die Reaktion von Caritas-Angestellten auf die seitens der Direktion an die Mitarbeitenden ausgeschickten Emails angeführt. In diesen ein- bis zweimal im Monat versendeten Emails ergeht an die Caritas-Bediensteten neben arbeitsrelevanten Informationen auch jeweils ein geistlicher Impuls. Gerade dieser erwies sich während der COVID-19-Pandemie für so manche MitarbeiterInnen als richtungsweisend und tröstlich. "Danke für Ihre tröstenden und aufmunternden Worte. Ich finde auch Unterstützung im Psalm 91", antwortet eine Empfängerin dem Caritas-Direktor auf eine seiner Aussendungen per Email. Ein ganz konkretes Beispiel für gelebte Spiritualität ist in der Caritas-Einrichtung Marienstüberl zu finden. So beten beispielsweise die beiden Leitungspersonen des Marienstüberls seit letztem März nach der Arbeit gemeinsam – um, wie sie selbst sagen, die nötige Energie für die weitere Arbeit zu schöpfen. Sr. Elisabeth erzählt: „Wir haben auch unser Corona-Gebet gemacht. Nur wir zwei, ab und zu, wenn jemand da ist, beten wir gemeinsam. Das ist letztlich der Glaube, der trägt, und die Caritas ist auch ein Glaubensträger. [...] Dienst und Wort, du kannst das nicht trennen.“ Der Leiter der Pflegewohnhäuser in Rottenmann und Frauenberg bestätigt das ebenfalls – sowohl seitens der MitarbeiterInnen als auch seitens der BewohnerInnen:

„Wenn ein Bewohner, eine Bewohnerin, gestorben ist, haben wir auch im Andachtsraum ein Bild angebracht, wir haben einen Seelsorger gehabt, der ins Haus gekommen ist. Diese spirituelle Haltung war gut,

und sie war wichtig und im richtigen Zeitpunkt richtig, gut, richtig und wichtig. Auch für die Mitarbeiter – definitiv.“ (Klaus Sauseng)

Für die KlientInnen vom Marienstüberl bildet auch der Glaube eine wichtige Stütze in schwierigen Zeiten. Sr. Elisabeth, die mit den Gästen in der Suppenküche täglich betet, erzählt:

„[I]ch habe bemerkt, das war für sie [die BesucherInnen des Marienstüberls] der Halt. Weil letztlich: Wo wenden wir uns hin? Was haben wir noch? Wir haben nichts! Und das habe ich beibehalten. [...] Dieses Getragensein durch das Gebet – das ist es, was wir als Christen haben, dass wir sagen, Gott ist stärker, es gibt überall einen Sinn drinnen, und wir müssen darauf kommen. Aber Gott meint es immer gut mit uns. Sogar in der Corona Zeit, wir haben nie aufgehört damit, das zu glauben. Wir wenden uns an Gott – wohin sonst sollten wir uns wenden? Wir haben immer Hoffnung, das ist unser Glaube.“ (Sr. Elisabeth)

Eine der Stärken in der Caritas ist die Fähigkeit, in Krisenzeiten schwierige Situationen zu überwinden, in Rückbesinnung auf die Religion. Beispiele wie das angeführte verdeutlichen, dass solche spirituellen Ressourcen nicht nur Teil der Identität der Caritas als Organisation sind, sondern auch von den MitarbeiterInnen gelebt und genutzt werden.

4. Conclusio: Die Krise als Ort der Hoffnung und Dankbarkeit

Aus christlicher Sicht ist die Krise auch ein Ort der Hoffnung und der Dankbarkeit. Im April 2020 machte Caritas Direktor Herbert Beiglböck gemeinsam mit Andrea Ederer, Präsidentin der Katholische Aktion Steiermark, und dem Integrationsbeauftragten der Diözese Graz-Seckau, Erich Hohl, in einer Aussendung deutlich: „Wir halten es für angebracht, jetzt ein Zeichen solcher Dankbarkeit zu setzen, indem wir Flüchtlinge in Österreich aufnehmen. [...] Wie wäre es zum Beispiel, wenn wir für jeweils hundert Genesene einen gefährdeten Menschen aus einem Lager in Griechenland aufnehmen?“ (Katholisch 2021)

Die Krise hat auch Formen neuer Solidarität zu Tage gebracht. So konnte bei den Geldspenden ein Plus gegenüber dem Zeitraum vor der Corona-Krise von 15 Prozent verzeichnet werden und auch die Anzahl der Freiwilligen, sowohl in den Einrichtungen als auch in den Pfarren, hat sich signifikant erhöht. Wenn während des Schutzmaterial-Mangels Frauen aus der Dorfgemeinschaft in Hitzendorf ehrenamtlich, unentgeltlich und in Eigeninitiative Mund-Nasenschutz-Masken für die Mitarbeite-

rinnen des Pflegewohnhauses genährt haben, ist das nur ein Beispiel von gelebter Solidarität, die im Zuge der Krise entstanden ist. Solidarisches Handeln gibt Anlass zur Hoffnung auf neue Formen des Zusammenhaltes innerhalb der Gesellschaft. Ein Weniger an Sozialleben, wie es in den pandemiebedingten Lockdowns der Fall war, muss nicht automatisch ein Weniger an Solidarität bedeuten. Die viel zitierte Krise wird so zum Ort der Hoffnung und der Dankbarkeit für kontinuierlich erfahrene Nächstenliebe.

Literatur

- Alonso, Juan/Bertrand, Denis: Du corps normalisé aux normalités sociales, in: Dies. : Formes et figures de la normalité (2011), in: <https://f.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/2011/files/2014/07/Figures-et-formes-de-la-normalite%C3%A9-A9-Dossier-de-recherche-en-s%C3%A9miotique-de-lEcole-de-la-Communication-de-SciencesPo-Paris-sous-la-direction-de-Juan-Alonso-et-Denis-Bertrand-1.pdf> [27.04.2021].
- Beiglböck, Herbert: Caritas in Zeiten von Corona, in: Feinschwarz (01.05.2020), in: <https://www.feinschwarz.net/caritas-in-zeiten-von-corona/> [26.05.2021].
- Caritas: Homepage der Caritas Steiermark, in: <https://www.caritas-steiermark.at/> [26.05.2021].
- Dequiré, Anne-Françoise: Le Corps des sans domicile fixe, in: Recherches & édu-cations, 2010, in: <http://journals.openedition.org/rechercheseducations/572> [04.05.2021].
- Katholisch, in <https://www.katholisch.at/aktuelles/129801/dioezese-graz-seckau-aus-dankbarkeit-fluechtlinge-aufnehmen> [21.06.2021].
- Österreichische Armutskonferenz: „Armutsbetroffene und die Corona-Krise. Eine Erhebung zur sozialen Lage aus der Sicht von Betroffenen“ (2020), in: https://www.armutskonferenz.at/files/armutskonferenz_erhebung_armutsbetroffene_corona-krise_2020.pdf [09.06.2021].
- Pargament, Kenneth I./Park, Crystal L.: In times of stress: The Religion-Coping Connection, in: B. Spilka/ McIntosh D.N. (Hg.): The Psychology of Religion: Theoretical approaches. Westview Press 1997, 43–53.
- Rosenthal, Uriel: September 11: Public Administration and the Study of Crises and Crisis Management, in: Administrative Society 35/2 (2003) 129–143.
- Roux-Dufort, Christophe: Gérer et décider en situation de crise: Outils de diagnostic de prévention et de décision. Paris: Dunod 2003.
- Scheuer, Manfred: Die COVID-19-Pandemie aus der Sicht eines Diözesanbischofs (20.11.2020), in: https://www.dioezese-linz.at/dl/LkMtJLJLnkNjJqx4KJK/2020_11_20_Vortrag_Fachtagung_Liturgie_und_Covid-19_KU_Linz_pdf [04.05.2021].

Seidl, Christoph: „Sein Unglück ausatmen können“. Hilfe für die Helfenden, in: Kröll, Platzer, Ruckenbauer, Schaupp, Die Corona-Pandemie. Ethische, gesellschaftliche und theologische. Reflexionen einer Krise, Baden-Baden: Nomos (2020) 313–328.

Wohlsein, Barbara: Der „Pandemie Gap“ in der Bildung (17.11.2020), in: https://mediportal.univie.ac.at/uniview/wissenschaft-gesellschaft/detailansicht/artikel/der-pandemie-gap-in-der-bildung/?no_cache=1 [10.06.2021].

Erfahrungsberichte

Gabriele Anderssohn (Regionalkoordinatorin Ennstal & Ausseerland)

Evelyn Awad (Direktorin der Fachschule für wirtschaftliche Berufe in Graz)

Katharina Fink (Regionalkoordinatorin Graz, Team Nächstenliebe)

Anita Freismuth-Jauschneg (Hausleiterin Pflegewohnhaus in Hitzendorf)

Philipp Friesenbichler (Marienstüberl, Graz)

Sr. Elisabeth Gruber (Marienstüberl, Graz)

Eva Hödl (Leitung Lerncafés & Lernbars)

Klaus Sauseng (Hausleiter Pflegewohnhäuser in Rottenmann und Frauenberg, Mitglied des Krisenstabs der Caritas Steiermark)

Vom Livestream bis zur Gassenfeier. Vielfältige Bilder gottesdienstlicher Feiern der ersten 18 Monate der Pandemie

Saskia Löser

1. Einleitung

„Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Menschen von heute, besonders der Armen und Bedrängten aller Art, sind auch Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Jünger Christi. Und es gibt nichts wahrhaft Menschliches, das nicht in ihren Herzen seinen Widerhall fände.“ (GS 1)

Diese ersten Sätze aus der Pastoralkonstitution des Zweiten Vatikanischen Konzils (1962–1965) *Gaudium et Spes* (GS) bilden den Ausgangspunkt für die hier vorliegenden Überlegungen zu den gottesdienstlichen Feiern im Kontext der Corona-Pandemie. Diese Worte sind auch Grundlage für die Feier von Gottesdiensten überhaupt. Im Gottesdienst kommen Menschen zusammen und bringen das, was sie bewegt und beschäftigt, in Lob und Dank, Bitte und Klage vor Gott und voreinander. Das erste Jahr der Covid-19-Pandemie war liturgisch geprägt von unterschiedlichen Verschärfungen und Lockerungen – wie dies auch in den Bereichen des öffentlichen Lebens, der Kultur und Gastronomie und im privaten Leben der Fall war.

Es ist eine Zeit, in der Vertrautes Halt gab, verändert und neu entdeckt wurde. Es ist eine Zeit der Aufbrüche und Kreativität auf der einen Seite – auf der anderen stehen Schmerzen und Ängste. Die Einschränkungen betreffen alle Lebensbereiche und alle Menschen, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß. Die Ängste berühren die Existenz der eigenen Person. Unsicherheit herrscht auch in der Suche nach Antworten auf die Frage nach der Relevanz der Pfarrgemeinden und Kirchen. Es ist ihr hoher Anspruch, in „Trauer und Angst“ für die Menschen Ansprechpartnerin zu sein. Diesem Anspruch versuchten viele haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter*innen der Kirche¹ gerecht zu werden, indem sie sich vielfach

1 Ich beziehe mich in meinen Ausführungen auf die römisch-katholische Kirche im deutschsprachigen Raum. Paralleles lässt sich vermutlich auch über andere

darum bemühten, kirchliches Leben in den Vollzügen der Liturgie, Gemeinschaft, Diakonie und des Glaubenszeugnisses aufrecht zu erhalten. Nicht allen war dies möglich. Andere verwirklichten neue Ideen, nutzen vorhandene Ressourcen und entwickelten diese weiter. Im Bereich der Technik und der digitalen Möglichkeiten kam es zu einer Professionalisierung, die besonders in den gottesdienstlichen Feiern zu spüren ist.

Anhand von sieben Bildern persönlicher Erfahrungen dieser letzten Monate wird in diesem Beitrag ein Einblick (der nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann) in das gottesdienstliche Leben der ersten 18 Monate der Corona-Pandemie gegeben. Es ist eine erfahrungsbezogene Darstellung verbunden mit der Reflexion liturgiewissenschaftlicher Fragen, die sich insbesondere auf die Möglichkeiten der Partizipation, auf die Körperlichkeit und die Chancen und Grenzen der Liturgie in diesen Tagen beziehen. Es werden hier unterschiedliche gottesdienstliche Feiern vorgestellt – der Blick jedoch nicht auf Sakramente und Sakramentalien wie Hochzeiten, Beerdigungen, Taufen, Segnungen etc. gelegt. Einer der großen Schmerzen dieser Zeit war es, dass Zusammenkünfte mit traurigem oder frohem Anlass überhaupt nicht oder nur eingeschränkt stattfinden konnten. Man kann jedoch von den dargestellten Feiern zu diesen hin Parallelen ziehen – wurden diese Feiern doch auch unter den geltenden Bestimmungen und in der kreativen Vielfalt der Möglichkeiten gefeiert. Taufen wurden beispielsweise analog gefeiert und gleichzeitig live für daheim gebliebene Angehörige und Bekannte gestreamt. Ebensoles gilt für Verabschiedungen.

2. Einblicke

Aus unzähligen möglichen Beispielen habe ich hier sieben Bilder ausgewählt, die einen Einblick geben in die Vielfalt der gefeierten Gottesdienste. Die Bilder basieren auf meinen Erlebnissen. Gleichzeitig weiß ich aus kollegialem und freundschaftlichem Austausch von ähnlichen Erfahrungen und Beobachtungen anderer Menschen.

Die sieben Feiern sind aus der großen Bandbreite von Online- und Offline-Formaten ausgewählt. Zunächst wird ein Einblick in drei analoge Feierformen gegeben. Hierfür wurden sowohl Feiern ausgewählt, bei denen eine Person zwar allein ist, jedoch in spiritueller Gemeinschaft, und Feiern

Kirchen und Glaubensgemeinschaften bzw. die römisch-katholische Kirche in anderen Ländern sagen.

in räumlicher Gemeinschaft. Sodann werden vier digitale Feierformate angesprochen. Dabei wird deutlich, dass auch diese Feierformate nicht neu und keine Erfindungen der letzten Monate sind. Intensiviert hat sich jedoch die Anteilnahme, verändert haben sich die Gründe der Teilnahme an diesen Feiern.

2.1 Analoge Gottesdienste: Hausgottesdienste und Messen mit Abstand

„So entstand – fast in einem Nebensatz – die Idee, eine Kerzenaktion zu initiieren.“²

Am 16. März 2020 traf sich das Pastoralteam der Pfarrei St. Pankratius in Oberhausen-Osterfeld, um zu besprechen, welche Auswirkungen die gesetzlichen Maßnahmen zur Verhinderung der Ausbreitung von Covid-19 auf das Gemeindeleben haben wird, was nun zu tun sei und wie man die Mitgliedern der Pfarrgemeinde „Mut machen“³ könnte. Die dieser Besprechung entsprossene „Gebetseinladung, immer um 19.00 Uhr eine brennende Kerze ins Fenster zu stellen und ein Vaterunser zu beten bzw. leicht abgewandelt Stille zu halten“⁴ verbreitete sich durch Bekanntmachung in unterschiedlichen Medien über das Gebiet der Gemeinde hinaus bis nach Südafrika und Israel. Diese Kerze im Fenster konnte ein Zeichen der Verbundenheit und der Hoffnung für Menschen unterschiedlicher religiöser Zugehörigkeit und auch für Atheist*innen sein.

So wie das Pastoralteam in Oberhausen-Osterfeld trafen sich vielerorts Pastoral- und andere Teams, um über Initiativen für die Gestaltung des Gebets- und Glaubensleben in dieser Zeit zu beraten. Kreative Wege der Seelsorge wurden gesucht und in unterschiedlichen Ideen gefunden. So entstanden Feierhefte und andere Gebetsblätter, die zum Mitnehmen in Kirchen gelegt wurden. In Weihwasserbecken konnte man in kleine Fläschlein abgefülltes Weihwasser finden und am Palmsonntag Palmzweige abholen – entweder schon zuvor vom Priester gesegnete oder in Kombination mit einem Segensgebet, welches selbst gesprochen werden konnte. In Kirchenzeitungen wurden vermehrt Vorschläge zur Gestaltung des Sonntags abgedruckt. Nach der ersten Zeit des strengen Lockdowns wurden thematische Stationen in Kirchen aufgebaut, die zur Einkehr und Reflexion einluden.

2 Wichmann, Das #hoffnungslicht aus Osterfeld, 425.

3 Wichmann, Das #hoffnungslicht aus Osterfeld, 425.

4 Wichmann, Das #hoffnungslicht aus Osterfeld, 425.

Gleichzeitig gab es auch Pfarren, deren Pastoralteam für die Bevölkerung überhaupt nicht wahrnehmbar war und den Eindruck erweckte, sich nicht um „seine Schäfchen“ zu sorgen. Zahlreiche bis dahin höchst engagierte Pfarrmitglieder und treue Kirchgeher*innen fühlten sich in diesem Zusammenhang schwer verletzt.

Diese Aspekte spiegeln in unterschiedlicher Ausprägung zwei Seiten eines Kirchenbildes wider, in dem Hauptamtliche als Versorger- und Betreuer*innen der Gemeinde gesehen werden – zu oft wohl nicht zu Unrecht, ist es doch von den Hauptamtlichen über lange Jahre auch so gelebt worden – und als für die Gemeinde alleinig Zuständige.⁵ Die nächsten Jahre und Jahrzehnte werden zeigen, wie sich die Situation in den immer größer werdenden Räumen entwickeln wird – und wie an so vielen Stellen ist auch hier das Coronavirus wie eine Lupe, unter der manches deutlich zu Tage tritt und zu Veränderungen drängt.

Die Bilder aus dem Bereich der analogen Gottesdienste zeigen unterschiedliche Formen von Glaubensgemeinschaft. Angefangen mit zwei Bildern von Hausgottesdiensten⁶: eines, in dem vernetzte Gemeinschaft über analoge und zeitliche Räume hinweg verwirklicht wird, und ein zweites, welches stellvertretend steht für vielfältige Formen familiärer oder häuslicher Gebetsgemeinschaft. Das dritte Bild macht auf die Art und Weise des Feierns analoger Messen in Zeiten wechselnder staatlicher wie kirchlicher Corona-Verordnungen aufmerksam.

Bild I: Netzwerkgottesdienst in der Silvesternacht

Jahreswechsel 2020/21 – Übergang von einem Jahr voll von Unbekanntem, nie zuvor Erlebtem, Bedrängendem in ein neues Jahr. Der Gottesdienstvorschlag⁷ von www.netzwerk-gottesdienst.at liegt vor mir an meinem Lieblingsplatz, Kerzen brennen und ich bin dem Vorschlag gefolgt und habe Papier, Stift und den Kalender für 2021 bereitgelegt. Ein kleines Weihwasserfläschlein nahm ich letzstens aus der Kirche mit, es lag zur Mitnahme im Weihwasserbecken. Ich frag mich: Wer mögen die anderen Menschen sein, die wie ich jetzt oder später oder früher dabei sitzen, allein oder mit anderen zusammen, und ebenfalls diesen Gottesdienst feiern? Ich denke an sie und beginne: Im Namen des Vaters und des Sohnes und des Heiligen Geistes. Amen.

5 Vgl. Brüske, Pluralisierungsschub im gottesdienstlichen Feiern, 422.

6 Zum Begriff Hausgottesdienst vgl. Hecht, www.Netzwerk-Gottesdienst.at, 434.

7 Vgl. Fritzl, Netzwerkgottesdienst zum Jahreswechsel.

Netzwerk-Gottesdienst ist eine Initiative des Bereiches Bibel-Liturgie-Kirchenraum der Erzdiözese Wien. Unter diesem Projektnamen verbinden sich vier Dimensionen des Netzwerkes – Gottesdienst zu Hause feiern, Gottesdienstübertragungen, Füreinander beten und Netzwerk knüpfen.⁸ Unter „Gottesdienst zu Hause feiern“ sind die Gottesdienstvorlagen eingereicht, mit denen Menschen zuhause Gottesdienst feiern können – alleine oder gemeinsam mit anderen analog vor Ort – und damit ein Netzwerk knüpfen mit anderen Personen, die ebenfalls mit diesem Feierblatt beten. Das Schema des Gottesdienstes, angelehnt an die Wort-Gottes-Feier, ist gleichbleibend – gefüllt wurden die einzelnen Abschnitte für die jeweiligen Sonn- und Festtage von Verfasser*innen aus unterschiedlichen Orten des deutschen Sprachraums. Aus den Netzwerk-Gottesdiensten heraus ist der im vierten Bild dargestellte digitale Gottesdienst entstanden.

Bild II: Adventandacht in der Gasse

*Gegen Abend steht eine Familie am kleinen Platz zwischen den Häusern, andere Bewohner*innen der Gasse schauen aus ihren weit geöffneten Fenstern. Im Briefkasten haben sie alle in der Früh das Blatt mit den Texten und Liedern der heutigen Adventandacht gefunden. Es ist die letzte der vier Adventandachten, die sie miteinander feiern. Obwohl sie alle schon lange gemeinsam in dieser Gasse wohnen, beten sie in diesem Jahr zum ersten Mal miteinander. Sie singen und beten zusammen, hören Texte aus der Bibel, sprechen Fürbitten und teilen miteinander Lichtmomente.*

Zusammentreffen mehrerer Haushalte im privaten oder öffentlichen Raum unterlag staatlichen Einschränkungen. Dieses Bild zeigt eine Weise der Verwirklichung von Gemeinschaft in dieser Zeit, in der – bei allen gleichzeitig sich ebenfalls ereignenden Konflikten – auch eine neue Nähe zwischen Nachbar*innen und auch Fremden zu spüren war. Basierend auf von Pfarren oder anderen Organisationen bereitgestellten Feierbehelfen sowie mithilfe des Gesangs- und Gebetsbuches „Gotteslob“ wurden gottesdienstliche Feiern auf kreative Weise gefeiert.

8 Sie alle sind auf der Homepage www.netzwerk-gottesdienst.at zu finden und bei Hecht, www.Netzwerk-Gottesdienst.at, näher beschrieben.

Bild III: Heilige Messe auf Abstand am Christtag

Die Maßnahmen der Regierung besagen: Kein Volksgesang. Und das zu Weihnachten! So wird das Lied „Stille Nacht, heilige Nacht“ einzig von der Kantorin vorgetragen. Das restliche musikalische Programm dieser heiligen Messe konzentriert sich, wie auch schon in den Wochen vorher und nachher, auf das Wesentliche – eine Strophe des Anfangsliedes, Halleluja und Sanctus. Volk und Priester schweigen die meiste Zeit beim Gesang, singen vielleicht im Herzen mit. Bei „Heilig“ stimmt der Priester voll Freude ein. Vielleicht hat er in dem Moment einfach vergessen, dass er nicht singen „darf“. Die Kirche ist mäßig gefüllt – die allgemeinen Maßnahmen⁹ verlangen zu diesem Zeitpunkt einen Abstand von 1,5 Metern zwischen Menschen aus unterschiedlichen Haushalten. Konkretisierungen wurden von den einzelnen Diözesen/Pfarrten verlautbart.¹⁰ Beim Friedensgruß schauen die Menschen sich gegenseitig an, nicken einander zu. Zur Kommunion drängen sie nach vorn – fast „wie früher“.

Die miteinander in einem analogen Raum gefeierten Gottesdienste unterlagen in den ersten 18 Monaten den Bestimmungen der Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung von Covid-19¹¹. So besagten die Rahmenordnungen je nach Pandemiephase in unterschiedlicher Intensität Maßnahmen bezüglich dem zu anderen Personen einzuhaltenen Abstand, der Zahl der Mitfeiernden, dem Tragen von Mund-Nasen-Schutz oder medizinischen Masken, dem Gesang und Gebet, den Worten beim Kommunionempfang und leiblichen Berührungen wie dem Friedensgruß. Das Verbot öffentlicher Messfeiern war ein harter Schlag für Menschen, für die der Empfang der Eucharistie ein Herz- und Lebensmittelpunkt ist. Für sie verwirklicht sich, was in Sacrosanctum Consilium (SC) geschrieben steht: „Aus der Liturgie, besonders aus der Eucharistie, fließt uns wie aus einer Quelle die Gnade zu“ (SC 10). Andere gottesdienstliche Feiern oder das Mitfeiern einer digitalen Messfeier waren da zwar möglich, erfüllen aber auf Dauer nicht die Sehnsucht nach dem Empfang der heiligen Eucharistie.

Die Maßnahmen lenkten jedoch auch das Augenmerk auf bisher Selbstverständliches und vielleicht auch mitunter kaum Wahrgenommenes: Es

9 Vgl. Österreichische Bischofskonferenz, Rahmenordnung der Österreichischen Bischofskonferenz zur Feier öffentlicher Gottesdienste (wirksam vom 7. Dezember 2020 bis vorerst 6. Jänner 2021).

10 Vgl. Kathpress, Kirchen stellen Regeln für „sichere“ Weihnachtsgottesdienste auf.

11 Vgl. Österreichische Bischofskonferenz, Behelfe / Handreichungen. Rahmenordnung & Präventionskonzept der Österreichischen Bischofskonferenz zur Feier der Gottesdienste.

ist die Aufmerksamkeit auf die Verwirklichung der tätigen Teilnahme aller Gläubigen an gottesdienstlichen Feiern, die nun nur eingeschränkt möglich war. Dies betrifft zunächst die Bedeutung von ausgesprochenen und hörbaren Worten, wenn Gebete nicht laut gebetet werden können und der Kommunionempfang schweigend vonstattengeht. Sodann kommt die Bedeutung von Musik in den Blick – sowohl der selbst gesungenen als auch der gehörten. Die Kirchenmusiker*innen, Kantor*innen und andere in den Gottesdiensten Musizierenden haben auch stellvertretend für das ganze Volk Herzenstöne ausgedrückt, Emotionen in Worte verwandelt. Singen und hörbar miteinander Beten verbindet Menschen auf einer anderen Ebene, als körperliche Co-Präsenz es tut. Und schließlich hat auch der Friedensgruß durch die notwendige Veränderung der Form wieder neue Aufmerksamkeit erhalten. Reichte man sich sonst, verbunden mit den Worten „Der Friede sei mit Dir“, die Hand – wobei die Augen oftmals schon zur nächsten Person wanderten, wurde es nun unabdingbar, die andere Person wirklich anzuschauen, um einander (zeitweise sogar wortlos) zunickend den Frieden zu wünschen. Diese neue Aufmerksamkeit des bewussten Anschauens der Mitmenschen, des bewussten Augenblickes kann als Vertiefung der diakonischen Dimension der Liturgie gesehen werden.

2.2 Digitale Gottesdienste

Gottesdienstübertragung und „religiös motiviertes Handeln via Internet“¹² sind neben den analogen Feiern das zweite Feld der Bilder gottesdienstlicher Feiern der Corona-Zeit, die hier dargestellt werden. Vor bald 90 Jahren, zu Weihnachten 1931, fand mit Papst Pius XI. die erste Übertragung eines Gottesdienstes im Radio statt. Damit begann die Geschichte der Radiogottesdienste und ab dem Ende der fünfziger Jahre auch der Fernsehgottesdienste. Hervorzuheben sind für den deutschen Sprachraum die Übertragungen Evangelischer Gottesdienste und Katholischer Messen, die seit Mitte der achtziger Jahre abwechselnd wöchentlich im ZDF gesehen und mitgefeiert werden können. Zusätzlich werden auch zu hohen Feiertagen Gottesdienste gesendet.¹³ Teresa Berger spannt den Bogen weiter zurück zu den Anfängen der Liturgie und betont: „[...] digital-mediatisierte liturgische Praxis [steht] in Kontinuität zu früheren Vollzügen. Es

12 Jeggel-Merz, *Gottesdienst und mediale Übertragung*, 463.

13 Vgl. zur Geschichte der Übertragungen von Gottesdiensten: Jeggel-Merz, *Gottesdienst und mediale Übertragung*, 467–470.

gibt letztlich keine un-mittelbaren, nicht mediatisierten gottesdienstlichen Vollzüge, sondern immer nur den Zusammenfluss jeweils verfügbarer Medien, wie zum Beispiel Körper, Klänge, Gewand oder Architektur. Digitalmediatisierte Gottesdienstpraxis heute ist deshalb im Kontext der gesamten Liturgiegeschichte zu sehen¹⁴. Ihr ist es wichtig „die Unterschiede zwischen digitaler und prädigitaler Praxis nicht überzubetonen.“¹⁵ Auch der Unterschied im Bezug auf diese Feiern zwischen der Zeit vor Corona und mit Corona soll hier nicht überbetont werden. Die einzelnen Elemente, sowohl im analogen als auch im digitalen Bereich, gab es ja zu einem großen Teil bereits früher.

Worin äußert sich, dass eine Person, die sich zu einem digitalen Gottesdienst zuschaltet, Rezipientin oder Zuschauerin/Zuhörerin ist? Diese Frage ist auch in Bezug zu analogen Gottesdiensten zu stellen. Es bedarf jedoch bei digitalen Feiern, die in einem virtuellen Raum gefeiert oder die über einen Bildschirm/das Radio angesehen oder angehört werden, einer körperlichen Fokussierung und einem Mehr an innerer Konzentration. Was im analogen Gottesdienst vielen Gläubigen durch den gemeinsamen Vollzug selbstverständlich ist, muss hier bewusst allein vollzogen werden. Rezipientin einer Feier wird eine zuschauende/zuhörende Person durch ein Mehr an Teilnahme. „Dieses ‚Mehr an Teilnahme‘ drückt sich häufig in einem spezifischen Verhalten während der Übertragung aus (z. B. Entzünden einer Kerze, Bereitlegen und Gebrauch des Gesangbuchs, Mitvollzug der Körperhaltungen).“¹⁶ Das sechste Bild ist dafür ein Beispiel.

Die im sechsten Bild angerissene Situation ist auch ein Beispiel für die Form der Gemeinschaft, die über digitale gottesdienstliche Feiern möglich ist. So ist hier „die ‚empfundene‘ Gemeinschaft entscheidend, nicht die ‚physische‘ Gemeinschaft an ein und demselben Ort.“¹⁷ Von unterschiedlichen Orten, Städten und Ländern her schalten sich Menschen zusammen. Sie nehmen in einem Zoom-Raum an einer gemeinsamen Feier teil¹⁸ und drücken so Verbundenheit über Grenzen und Meere hinweg sichtbar und hörbar aus. Oder sie nehmen an einem im Fernsehen oder im Internet übertragenen Gottesdienst teil und tauschen sich im Anschluss darüber aus. Dazu dienen auch die am Ende von Fernsehgottesdiensten eingeblendeten Telefonnummern. Auf diese Weise wird spürbar: „Die

14 Berger, *Liturgie digital*, 263.

15 Berger, *Liturgie digital*, 263.

16 Jeggle-Merz, *Gottesdienst und mediale Übertragung*, 463.

17 Berger, *Liturgie digital*, 264.

18 Fritzl, *Lasst uns zoomen!*, berichtet von einer Zoom-Feier mit der Angehörigen der brasilianischen Partnergemeinde, die Weltkirche greifbar macht.

Gemeinde Jesu ist ein Netzwerk [...ein] virtuelles Netzwerk¹⁹. Auf der Ebene der Weltkirche wird dies besonders bei gottesdienstlichen Feiern mit dem Papst deutlich, im Jahr 2020 etwa beim außerordentlichen Segen *Urbi et Orbi* am 27.03.2020, der von dokumentarisch Interessierten auch jetzt noch angeschaut werden kann.²⁰ Die auf der Seite verzeichnete Zahl von 19.819 (Stand: 13.08.2021) Zuseher*innen muss im Kontext dessen gesehen werden, dass die Feier von unzähligen Fernsehanstalten live übertragen wurde und mitunter auch dort noch nachgeschaut werden kann²¹. Charakteristisch für digitale gottesdienstliche Feiern ist die Öffentlichkeit. Der offene Zugang ist bei Feiern via TV, YouTube, Facebook zumeist gegeben. Mitunter sind jedoch eine Registrierung oder die Anforderung eines Passwortes notwendig, um an Feiern teilzunehmen. Der Zugang zu Feiern im Internet erfordert weiters auch eine stabile Internetverbindung.

Mit den vier Bildern digitaler Gottesdienste sind auch Annäherungen an die Thematik der Körperlichkeit verbunden. „Im virtuellen Raum gibt es über das Hören und Sehen hinaus keine gemeinsamen sinnlichen Erfahrungen (Riechen, Schmecken, Berühren), wenn sie nicht außerhalb der medialen Kommunikation ‚analog‘ herbeigeführt werden, z. B. durch das Verbrennen von Weihrauch, das Essen und Trinken bei einer Agapefeier am häuslichen Tisch oder das Kreuzzeichen, mit dem sich Ehepaare oder Familien am Ende einer Feier gegenseitig segnen.“²² Man kann die anderen Teilnehmer*innen einer Feier nicht spüren – nur sehen, manche hören und manchmal auch von ihnen lesen. Digitale Feiern blenden die leibliche Dimension des Menschen nicht aus, sie wird jedoch anders vollzogen, als bei analogen Feiern. Bei der Gestaltung gilt es immer wieder, diese Dimension bewusst mit einzubeziehen und digitale und analoge Elemente in den Ablauf des Gottesdienstes zu integrieren, denn „durch sinnenfällige Zeichen wird in ihr die Heiligung des Menschen bezeichnet und in je eigener Weise bewirkt und vom mystischen Leib Jesu Christi, d. h. dem Haupt und den Gliedern, der gesamte öffentliche Kult vollzogen.“ (SC 7).

19 Wiefel-Jenner, *Betet heute jemand die #twomplet vor?*, 95.

20 Vgl. EWTN, Papst Franziskus spendet den Segen „*Urbi et Orbi*“, 27.03.2020.

21 Beispielsweise über den YouTube-Kanal von ZDFheute Nachrichten. Dort sind es 123.034 Aufrufe (Stand 13.08.2021), siehe: ZDFheute Nachrichten: *Corona-Urbi et Orbi*: Papst spendet Sondersegnen.

22 Brüske, *Pluralisierungsschub im gottesdienstlichen Feiern*, 420.

2.2.1 Gottesdienstliche Feiern gemeinsam in einem „digitalen Raum“

Unter gottesdienstlichen Feiern, die in einem gemeinsamen digitalen Raum stattfinden, zeige ich das Bild einer Karfreitagsfeier im Zoom-Raum sowie eines Mittagsgebets in einer WhatsApp-Gruppe. Es sind zwei Beispiele von vielen Feierformen, die in dieser Corona-Zeit entstanden sind und teilweise auch zu Zeiten entwickelt wurden, in denen es durchaus möglich war, sich wieder analog zu treffen. So hörte ich von einer Initiative, durch die Fastenzeit 2021 hindurch bis Pfingsten jeden Abend um 21 Uhr gemeinsam die Komplet zu beten.²³ Eine andere bietet unter dem Namen #ZusammenHALT jeweils am 15. und 30. des Monats ein Abendgebet an.²⁴ An jedem vierten Sonntag im Monat wird in der Diözese Graz-Seckau um 18 Uhr via Zoom zur Online-Feierstunde mit dem Namen FEIERabend eingeladen. Unterschiedliche Personen gestalten hier die einzelnen Abende und geben so auch einen Einblick in die Vielfalt der Diözese.²⁵

Bild IV: Karfreitagsgottesdienst im Zoom-Raum

*Karfreitag 2021, 18:15 Uhr. Das Vorbereitungsteam, die Technikerin, die Kantor*innen und die Lektorinnen treffen sich im Zoom-Raum. „In Wirklichkeit“ sitzen sie an unterschiedlichen Orten in Österreich und Deutschland. Der Gottesdienst wird Schritt für Schritt nochmal durchgegangen, Lektorinnen und Kantor*innen proben – dann kann’s los gehen. Um 18:45 wird der Zoom-Raum für alle geöffnet, die an diesem Abend hier zusammen des Leidens und Sterbens Jesu Christi gedenken möchten. Eine Person nach der anderen betritt den Raum, wird begrüßt. Um 19 Uhr wird der Teaser gezeigt. Während der Feier werden Bilder eingeblendet und ebenso die Lieder, die alle, bei stumm geschaltetem Mikrophon, mit den Kantor*innen zusammen singen können. Jeder und jede Teilnehmer*in ist eingeladen, Fürbitten in den Chat zu schreiben. Zum Abschluss wird zur persönlichen Betrachtung ein Kreuzbild eingeblendet, begleitet von Musik aus Taizé.*

Ein Team von drei Grazer Theolog*innen gestaltete die drei heiligen Tage Gründonnerstag, Karfreitag und Osternacht, die liturgisch als die eine Feier des Leidens, Sterbens und der Auferstehung Christi betrachtet werden, sowie einen Abendgottesdienst am Ostersonntag, basierend auf den über

23 Vgl. Fritzl, Lasst uns zoomen!

24 Bistum Limburg Bischöfliches Ordinariat, #ZusammenHALT.

25 Katholische Kirche Steiermark, FEIERabend.

Netzwerk-Gottesdienst.at²⁶ abrufbaren Feiervorlagen und so mit diesen in deutlicher Verbindung stehend, und lud dazu ein, gemeinsam diese gottesdienstlichen Feiern zu begehen. Der Link war auf der Seite der Diözese Graz-Seckau abrufbar, eine Anmeldung oder die Eingabe eines Passworts waren nicht notwendig.

Zu einer Zeit, in der der Volksgesang in der Kirche nicht gestattet war, konnten die Menschen sich am Gesang beteiligen und auch im Schreiben, Schweigen und Teilen von Gedanken Gemeinschaftserfahrungen machen. Ihre Alltagswelt wurde zum Feierraum. Dies kann „mit einer Veränderung dieser Alltagswelten einhergehen, manifest durch religiöse Zeichen und auch geistlich, was allerdings kein neues Phänomen ist, wenn man z. B. an Andachtsecken denkt.“²⁷

Die Teilnehmer*innen kamen aus dem ganzen deutschen Sprachraum, manche kamen täglich, andere nahmen einmalig die Gelegenheit zur Teilnahme wahr. Sie konnten sich in selbst gewählter Möglichkeit der Anonymität aktiv tätig einbringen oder auch zurückziehen.

Bild V: Mittagsgebet via WhatsApp

Pling. Pling. Pling. Nacheinander treten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Online-Tagung²⁸ der WhatsApp-Gruppe bei, in welcher das gemeinsame Mittagsgebet stattfinden wird. Am Beginn steht die Einladung, während des Glockenläutens, welches via Audiodatei zu hören ist, eine bereitgestellte Kerze zu entzünden und ein Foto dieser Kerze in den Chat zu stellen. Nach und nach werden Texte, ein Video und weitere Audiodateien zum gemeinsamen Beten, Singen, Meditieren in den Chat gestellt und auch dazu eingeladen, Anliegen oder Namen der Menschen, für die man gerade betet, zu schreiben. Mit dem gesprochenen oder gesungenen „Singet Lob und Preis. Dank sei Gott dem Herrn“ endet das Gebet.

Ähnlich wie dieses Mittagsgebet läuft auch die seit 2014 bei Twitter stattfindende #twomplet ab. Twomplet ist ein Kofferwort, zusammengesetzt aus Twitter und Komplet, und ist der Name eines überkonfessionellen Abendgebetes, welches in struktureller Anlehnung an die Komplet um 21

26 Vgl. Bild I.

27 Brüske, Pluralisierungsschub im gottesdienstlichen Feiern, 420.

28 „Liturgie im Gespräch 2021 Spezial: Liturgie und Corona“, veranstaltet vom Liturgischen Institut der Schweiz am 23.02.2021 via Zoom, weitere Informationen unter: Liturgie im Gespräch 2021 Spezial: Liturgie und Corona.

Uhr via Twitter Menschen zum Gebet versammelt.²⁹ Es ist eine schlichte Form des gemeinsamen Gebetes, in dem die Konzentration zunächst voll auf sichtbaren Worten liegt. Gemeinschaft entsteht im Sehen der Worte und Bilder der Anderen – der Namen, Fotos, geteilten Gebetsanliegen, die im Lesen ein zweites Mal verbalisiert werden.

2.2.2 Gottesdienstübertragungen

Im Bereich der Gottesdienstübertragungen weisen die folgenden Ausführungen einerseits auf Fernsehgottesdienste aus dem ZDF hin und andererseits auf Gottesdienste, die über diverse Kanäle im Livestream mitgefeiert werden können. Diese Übertragungen waren besonders in den ersten Monaten der Corona-Pandemie für viele Menschen der zentrale Ort, an dem sie, von ihren gewohnten Alltagsräumen aus, Liturgie feiern konnten. Für die Produzent*innen von Übertragungen und Livestreams bedeutet dies auch eine hohe Verantwortung und einen großen Zeitaufwand. Vielfältige Hinweise für die Fernsehgottesdienste sind in der 2007 in zweiter Auflage erschienenen Arbeitshilfe Fernsehgottesdienst der Deutschen Bischofskonferenz zusammengetragen.³⁰ Dieses Dokument ist die Überarbeitung einer Arbeitshilfe aus dem Jahr 1989. Speziell für Personen, die bisher im Bereich von Streaming noch wenig oder keine Erfahrungen gesammelt hatten, wurden Tipps und Hilfen zusammengetragen und ins Internet gestellt.³¹ Gottesdienstübertragungen sind immer hybride Formate. Die vor Ort, analog im Raum, Feiernden (so klein ihre Zahl auch sein mag) bilden mit den über die diversen Medien zugeschalteten Personen eine Gottesdienstgemeinde. Verstärkt hat sich im Vergleich zu früheren Fernseh- oder auch über andere Plattformen gestreamten Gottesdiensten dabei der Fokus auf die vor den Bildschirmen versammelten Rezipient*innen und Zuschauer*innen der Feier. Das gezeigte Bild und der Ton sind von

29 Vgl. Wiefel-Jenner, Betet heute jemand die #twomplet vor?

30 Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Gottesdienst-Übertragungen; vgl. auch Fischer, Mystagogische Bildregie, als eine weitere Arbeitshilfe für Regisseure/innen, TV-Redakteure/innen und Medienverantwortliche der Kirche, herausgegeben von der Katholische Fernseharbeit Arbeitsstelle der Deutschen Bischofskonferenz.

31 Vgl. Sindelar, Martin: Gottesdienste im Netz teilen. Liturgie im Live-Streaming; Neumann, Felix: Die besten Tipps für Livestreams von Gottesdiensten. Diese Zusammenstellung stammt vom 1. April 2020.

immenser Bedeutung. Beides vermittelt die Botschaft von Kirche und des Kirchenbildes.

Bild VI: Fernsehgottesdienst aus Bensheim im ZDF

Juni 2020, am Sonntagnachmittag ein Telefonat mit der Großmutter.

S: „Und, hast Du heut Vormittag wieder die Messe im ZDF angeguckt?“³²

A: „Ich sage: mitfeiern. Und ja, ich habe die Messe wieder mitgefeiert. Ich zünde eine Kerze an. Neben mir auf dem Stuhl liegt das Gotteslob, ich singe mit, bin innerlich ganz dabei. Es war wieder der Pfarrer Förg mit einer Gruppe junger Leute, die gesungen haben. Sie singen so schön!“

S: „Ja, ich habe auch nochmal nachgeguckt. Schon drei Mal waren sie dran. Es ist ein Vokalensemble, das da miteinander singt. Und der Pfarrer spricht die Menschen direkt an – die wenigen, die mit ihm in der Kirche sein können und die vielen, die von zuhause aus zugucken, ähm mitfeiern.“

In diesem Bild sind Eindrücke im Gefolge eines Fernsehgottesdienstes eingefangen. Es war besonders in diesem Corona-Jahr, dass zwischen dem 22. März 2020 und dem 9. Mai 2021 der Gottesdienst sieben Mal (am 22. März 2020, 19. April 2020, 31. Mai 2020, 14. Juni 2020, 17. Januar 2021, 25. April 2021 und 9. Mai 2021) aus Bensheim übertragen wurde. Jedes Mal sangen dabei Mitglieder des Jungen Vokalensembles St. Georg, vier Mal stand Pfarrer Heinz-Jürgen Förg der Liturgie vor, die ersten vier Gottesdienste wurden aus der Hospitalkirche St. Joseph in Bensheim übertragen.³³ Auf diese Weise entstand Verbundenheit zu einem Ort und zu konkreten Personen (dem Vokalensemble und Pfarrer Förg), die das Gefühl, eine Gemeinschaft in dieser schweren Zeit zu sein, verstärkte.

Bild VII: „Charme des Lokalen“³⁴– Gottesdienste im Livestream über Facebook, YouTube oder eigene Webseiten

Palmsontag 2020. „Mess-hopping“. Live dabei zunächst bei der Messe um 9 Uhr aus einer Klosterkirche. Es ist die erste Übertragung von dort, die Priester kenn ich und es ist gleich eine Verbundenheit spürbar. Leider funktioniert der Ton nicht, so ist es sehr mühsam. Also weiter – um 9:30 zum ZDF Fernsehgottesdienst aus dem Wiener Stephansdom. Hier funktionieren Bild und Ton in

32 14.06.2020 (Pfarrer Heinz-Jürgen Förg und Junges Vokalensemble St. Georg, Hospitalkirche St. Joseph Bensheim (Bistum Mainz)); Vgl. Kirche.tv, Hospitalkirche St. Joseph, Bensheim. Katholischer Gottesdienst.

33 Vgl. ZDF, Gottesdienst Jahrespläne.

34 Brüske, Pluralisierungsschub im gottesdienstlichen Feiern, 408.

bewährter Qualität, ich feiere diese Messe mit. Anschließend schau ich noch auf Facebook in der Pfarre einer befreundeten Kantordin vorbei. Sie sind schon am Ende der Messe angekommen, durch die Kamera ist von schräg unten der Altarraum zu sehen. Da die Sonne gerade durch die Fenster direkt auf die Kamera zu scheint, sieht man leider die Personen nur schwer – aber es ist berührend, Menschen zu sehen, die ich kenne und mit ihnen zusammen zu beten. Am Abend bin ich neugierig, wie im Petersdom der Palmsonntag gefeiert wurde – und schau bei YouTube nach und ein Stück in den Gottesdienst hinein.

„Die eigene Kirche, den Heimatpfarrer zu sehen, kann schon ein Wert an sich sein.“³⁵

Bereits im sechsten Bild wurde der Wert des Vertrauten angesprochen. Ebensolches gilt auch im Blick auf Gottesdienste via Livestream. Durch die Übertragungen ist es möglich, Gottesdiensten und Gebetszeiten an vertrauten Orten (der Heimatgemeinde oder einem anderen Ort, zu dem ein besonderer Bezug besteht, wie etwa Taizé) mitzufeiern. Diese Feiern haben ebenso wie die Fernsehgottesdienste öffentlichen Charakter. Je nach Voreinstellungen der Seitenbetreiber*innen ist eine Livekommunikation im Chat mit Mitfeiernden möglich. Die tätige Teilnahme kann sich auch darauf erstrecken, Fürbitten einzusenden, die dann in der Feier vorgelesen oder anders präsent gemacht werden.³⁶ Trauer und Angst, Hoffnungen und Bitten werden so gemeinsam vor Gott getragen.

Einige via Livestream gesendeten Gottesdienste sind nur live zu sehen, andere sind auch später noch abrufbar und haben dann dokumentarischen Charakter. Die Gottesdienste sind von unterschiedlicher Qualität – zu einem großen Teil sind ehrenamtlich tätige Menschen die Produzent*innen der Livestreams, technisch erfahrene aber auch sich ganz neu einarbeitende Personen, die Bildregie und Technik überhaupt erst erlernen. Andere Pfarren (oder auch Klöster) senden schon länger live ihre Gottesdienste. So beispielsweise die Pfarre Hartberg in der Steiermark. Seit 2008 wird der sogenannte IGOD von dort via YouTube³⁷ in alle Welt gesendet.³⁸ Pfarrer Reisenhofer formuliert die Erwartungshaltung so: „Wenn irgendwo auf der Erde ein Mensch durch den Internetgottesdienst ein kleines Licht der Hoffnung für sein Leben entdeckt, hat sich die Mühe gelohnt.“³⁹

35 Neumann, Die besten Tipps für Livestreams von Gottesdiensten.

36 Vgl. z.B. Missio, Gottesdienst Livestream. Angebote und Hilfestellungen.

37 IGOD Pfarre Hartberg.

38 Pfarre Hartberg, Internetgottesdienste Pfarre Hartberg.

39 Reisenhofer, Zur Erwartungshaltung.

3. Abschließende Notizen

Verbundenheit und Ferne, Chancen und Grenzen, Entwicklungen, Einschränkungen und Möglichkeiten – die vorgestellten sieben Bilder gottesdienstlicher Feiern während unterschiedlicher Phasen der Corona-Pandemie geben Einblicke in das öffentliche und private Glaubensleben von Menschen. Die nächsten Jahre werden zeigen, wie es mit den Aufbrüchen und neu eröffneten Möglichkeiten weitergehen wird. Vom Livestream zum Gassengottesdienst – welche Elemente werden weitergetragen? Welche digitalen Formate werden sich auf längere Zeit bewähren? Welche anderen Prozesse werden innerhalb der Pastoral und Liturgie, in der Kirche und in den theologischen Wissenschaften in Gang gesetzt?

Literatur und Internetseiten

- Berger, Teresa: Liturgie digital. Zu gottesdienstlichen Vollzügen in Bits & Bytes, in: Liturgisches Jahrbuch 69 (2019), 253–268.
- Bistum Limburg Bischöfliches Ordinariat: #ZusammenHALT. Digital verbunden Gottesdienste feiern, in: <https://meditationszentrum.bistumlimburg.de/beitrag/zusammenhalt-3/> [11.08.2021].
- Brüske, Gunda: Pluralisierungsschub im gottesdienstlichen Feiern. Beobachtungen in der Zeit der Corona-Pandemie aus der deutschsprachigen Schweiz, in: Bukovec, Predrag/Volgger, Ewald (Hg.): Liturgie und Covid-19. Erfahrungen und Problematisierungen, Regensburg: Pustet 2021 (= Schriften der Katholischen Privat-Universität Linz 11), 401–423.
- EWTN – Katholisches TV: Papst Franziskus spendet den Segen „Urbi et Orbi“. 27.03.2020, in: <https://www.youtube.com/watch?v=SIMvoAhFRaE> [13.08.2021].
- Fischer, Ulrich: Mystagogische Bildregie in Fernsehgottesdiensten. Arbeitshilfe für Regisseure/innen und TV-Redakteure/innen und Medienverantwortliche der Kirche. Herausgegeben von der Katholische Fernseharbeit Arbeitsstelle der Deutschen Bischofskonferenz, Frankfurt am Main ⁵2020, in: <https://fernsehen.katholisch.de/Portals/0/PDF/MystagogischeBildregie2020.pdf?ver=2020-04-03-093524-600> [19.08.2021].
- Fritzl, Elisabeth: Lasst uns zoomen! Feiern im digitalen Raum, in: <https://www.feinschwarz.net/lasst-uns-zoomen-feiern-im-digitalen-raum/> [10.08.2021].
- Fritzl, Elisabeth: Netzwerkgottesdienst zum Jahreswechsel. 31.12.2020, in: https://www.netzwerk-gottesdienst.at/dl/nmpKJKJnOnmOJqx4NJK/netzwerk-gottesdienst_Silvester_31122020_pdf [10.08.2021].
- Gaudium et Spes (GS) wird zitiert nach: Pastorale Konstitution Gaudium et Spes. Über die Kirche in der Welt von heute, in: https://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_const_19651207_gaudium-et-spes_ge.html [13.08.2021].

- Hecht, Pia: *www.Netzwerk-Gottesdienst.at*. Erfahrungsbericht einer vernetzenden Corona-Initiative online, in: Bukovec, Predrag/Volgger, Ewald (Hg.): *Liturgie und Covid-19. Erfahrungen und Problematisierungen*, Regensburg: Pustet 2021 (= *Schriften der Katholischen Privat-Universität Linz* 11), 429–441.
- IGOD Pfarre Hartberg: https://www.youtube.com/channel/UCh9ugFaLi_KGD3EpQ1fF71Q [12.08.2021].
- Jeggle-Merz, Birgit: *Gottesdienst und mediale Übertragung*, in: Häußling, Angelus A./Klößener, Martin/Messner, Reinhard (Hg.): *Gottesdienst der Kirche. Handbuch der Liturgiewissenschaft. Band 2: Theologie des Gottesdienstes*, Regensburg: Pustet 2008, 455–487.
- Katholische Kirche Steiermark: FEIERabend. Online-Feierstunde jeden vierten Sonntag im Monat um 18 Uhr via ZOOM, in: <https://www.katholische-kirche-steiermark.at/portal/glaubenfeiern/glaubenfeiern/gottesdienstfeiern/artikelgottesdienst/article/25945.html> [11.08.2021].
- Kathpress: *Kirchen stellen Regeln für „sichere“ Weihnachtsgottesdienste auf*, in: <https://www.bischofskonferenz.at/132501/kirchen-stellen-regeln-fuer-sichere-weihnachtsgottesdienste-auf> [09.08.2021].
- Kirche.tv: *Hospitalkirche St. Joseph, Bensheim. Katholischer Gottesdienst*, in: <https://fernsehen.katholisch.de/fernsehgottesdienste/jahresplan2020/zdfgottesdienst20200614> [20.07.2021].
- Liturgie im Gespräch 2021 Spezial: *Liturgie und Corona*, in: <https://www.liturgie.ch/kurse/liturgie-im-gespraech/liturgie-im-gespraech-vergangene-tagungen/liturgie-im-gespraech-spezial> [10.08.2021].
- Missio: *Gottesdienst Livestream. Angebote und Hilfestellungen*, in: <https://www.missio.at/gottesdienst-livestream-heilige-messe/> [09.08.2021].
- Netzwerk Gottesdienst: <https://www.netzwerk-gottesdienst.at/> [09.08.2021].
- Neumann, Felix: *Die besten Tipps für Livestreams von Gottesdiensten. So gelingt das gemeinsame Online-Gebet in der Corona-Krise*, in: <https://www.katholisch.de/artikel/25011-die-besten-tipps-fuer-livestreams-von-gottesdiensten> [10.08.2021].
- Österreichische Bischofskonferenz: *Behelfe/Handreichungen. Rahmenordnung & Präventionskonzept der Österreichischen Bischofskonferenz zur Feier der Gottesdienste*, in: <https://www.bischofskonferenz.at/behelfe/corona-rahmenordnung-und-praeventionskonzept> [09.08.2021].
- Österreichische Bischofskonferenz: *Rahmenordnung der Österreichischen Bischofskonferenz zur Feier öffentlicher Gottesdienste (wirksam vom 7. Dezember 2020 bis vorerst 6. Jänner 2021)*, in: https://www.bischofskonferenz.at/dl/mtMkJm0jKmkNjQx4KJKJKJLLooN/Rahmenordnung_der__BK_zur_Feier_oeffentlicher_Gottesdienste_03122020_pdf [09.08.2021].
- Pfarre Hartberg: *Internetgottesdienst*, in: <https://hartberg.graz-seckau.at/pfarre/6183/internetgottesdienst/wassindinternetgottesdien> [09.08.2021].
- Reisenhofer, Josef: *Zur Erwartungshaltung*, in: <https://hartberg.graz-seckau.at/pfarre/6183/internetgottesdienst/videoteam> [12.08.2021].

- Sacrosanctum Concilium (SC) wird zitiert nach: Konstitution über die heilige Liturgie. Sacrosanctum Concilium, in: https://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_const_19631204_sacrosanctum-concilium_ge.html [13.08.2021].
- Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.): Gottesdienst-Übertragungen in Hörfunk und Fernsehen Leitlinien und Empfehlungen 2002. Aktualisierte, überarbeitete und erweiterte Fassung der „Leitlinien für die mediale Übertragung von gottesdienstlichen Feiern“ (= Arbeitshilfen 72, 1989), Bonn 2007 (= Arbeitshilfen 169).
- Sindelar, Martin: Gottesdienste im Netz teilen. Liturgie im Live-Streaming, in: https://liturgie.ch/images/liturgie/praxis/corona/Liturgie_im_Livestream_Leitlinien.pdf [23.07.2021].
- Wichmann, Christoph: Das #hoffnungslicht aus Osterfeld. Eine Kerze im Fenster geht viral, in: Bukovec, Pedrag/Volgger, Ewald (Hg.): Liturgie und Covid-19. Erfahrungen und Problematisierungen, Regensburg: Pustet 2021 (= Schriften der Katholischen Privat-Universität Linz 11), 424–428.
- Wiefel-Jenner, Katharina: ‚Betet heute jemand die #twomplet vor?‘, in: Deeg, Alexander/Lehnert, Christian (Hg.): Liturgie – Körper – Medien. Herausforderungen für den Gottesdienst in der digitalen Gesellschaft, Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt 2019 (= Beiträge zu Liturgie und Spiritualität 32), 95–112.
- ZDF: Gottesdienst Jahrespläne, in: <https://www.zdf.fernsehgottesdienst.de/jahrespläne> [20.07.2021].
- ZDFheute Nachrichten: Corona-Urbi et Orbi. Papst spendet Sondersegnen, in: <https://www.youtube.com/watch?v=EKqnA5WRh-E> [13.08.2021].

Zur Frage nach Veränderung: Erfahrungsblitzlichter steirischer Krankenhauseelsorger*innen

Sabine Petritsch

Wenn man ein Kleinkind beim Bauen neuer Welten beobachtet, staunt man: Es wird ein Bauwerk mit vielen Türmen und Gängen errichtet. Tiere und menschliche Figuren drängen sich hindurch. Das Kleinkind ist ‚fertig‘. Es betrachtet sein Werk von allen Seiten. Was nimmt es wahr? Die Größe und Schönheit? Die Buntheit? Es lächelt und freut sich. Als es seine Perspektive ändert, kommt es zum Entschluss, das Bauwerk gehört geändert. Ärger und Zorn werden ausgedrückt. Es lernt: genaues Hinschauen löst unterschiedliche Emotionen und Ambivalenzen aus. Mehrperspektivisches Betrachten ermöglicht zwar, mehrere Facetten wahrzunehmen, es geht allerdings auf Kosten von Eindeutigkeit.

Um mehrperspektivische Betrachtungsweisen geht es in diesem Beitrag: Es kommt zur Sprache, welche Veränderungen Vertreter*innen der römisch-katholischen Krankenhauseelsorge Steiermark wahrnehmen und inwiefern diese die Seelsorge betreffen. In einem Austauschtreffen der verantwortlichen Teamleitungen in den Krankenhäusern der Steiermark wurde über Veränderungen durch Corona bei liturgischen Feiern, beim Einsatz Ehrenamtlicher, der Stellung der Seelsorge und bei Kindern und Jugendlichen berichtet. Aber wie sehr hat sich tatsächlich etwas verändert? Insgesamt elf Krankenhauseelsorger*innen bzw. Priester, an unterschiedlichen Standorten und bei verschiedenen Trägern in der Steiermark tätig, haben mir schriftlich auf Fragen zu jeweils einem Themenschwerpunkt geantwortet, um ihre Wahrnehmungen von Veränderung mit mir und Ihnen allen, die den Beitrag lesen, zu teilen.¹ Es sind unterschiedliche

1 Die Themenschwerpunkte sind: Ehrenamt, Liturgie, Kinder/Jugendliche, Offenes und Grundsätzliches; zu diesen stellte ich schriftlich drei Fragen an mindestens zwei verschiedenen Personen und erhielt dazu Antworten. Die Manuskripte von Johannes Biener, Bert Brottrager, Michaela Fetz, Michaela Hirzer-Weiß, Markus Kern, Manuela Krtek, Petra Lackner-Haas, Erwin Löscherger, Hans Mosbacher, der als Priester die Sakramente im LKH Mürzzuschlag spendet, aber kein Krankenhauseelsorger ist, Anita Ulz und Friedrich Weingartmann liegen bei mir auf. Ihre Perspektiven kommen in Form wörtlicher Zitate in diesem Essay zu Wort.

persönliche Bilder und Erfahrungen, die wir als steirische Krankenhauseelsorger*innen anbieten.

1. Der Unterschied von einem Jahr²: Grundsätzliche Beobachtungen

Welche Unterschiede nehmen Seelsorger*innen nun wahr? Neben den Schutzmaßnahmen und dem Besuchsverbot, von dem Krankenhauseelsorger*innen weitgehend ausgenommen sind, zeigt sich, dass vor allem auch allgemein gesellschaftliche Themen die im Gesundheitswesen Tätigen herausfordern. Bert Brottrager, Krankenhauseelsorger im LKH Hochsteiermark Standort Leoben, schreibt dazu: „Während vor einem Jahr noch das Thema Schutzkleidung und -maßnahmen einen großen Stellenwert einnahm, ist es nun für viele Kolleginnen das ständige On/Off der Schulen und Kinderbetreuungsstätten.“ Auch Manuela Krtek, Krankenhauseelsorgerin am LKH Hochsteiermark Standort Bruck/Mur, nimmt diesbezüglich starke Veränderungen wahr: „Die Sorge um vertraute Menschen hat viele dazu bewogen, Kontakte auch außerhalb des Arbeitsfeldes bewusst auf ein minimales Maß zu reduzieren, das Lebensumfeld noch einmal stärker einzuschränken.“ Zu Änderungen im privaten Umfeld kommen jene im Arbeitsalltag dazu, wenn Abläufe aufgrund von Erkrankungen des Personals zu Umschichtungen führen, geplante Operationen verschoben werden etc. Gleichzeitig nehmen wir Krankenhauseelsorger*innen wahr, wie eine größer werdende Solidarität innerhalb des

Die Krankenhauseelsorger*innen sind an folgenden unterschiedlichen steirischen Standorten tätig: Ordensspitäler der Elisabethinen und Kreuzschwestern in Graz, LKH-Universitätsklinikum Graz, LKH Graz 2 (Standort West), LKH Hochsteiermark, LKH Mürzzuschlag, LKH Feldbach sowie Unfallkrankenhaus AUA Graz. Dadurch sollen verschiedene Perspektiven von Stadt und Land, unterschiedliche Zugänge der Trägerschaften etc. sichtbar werden. Gleichzeitig bin auch ich selbst als Endverfasserin nicht ausgenommen von den eigenen Erfahrungen und Deutungen, die auch mir als Krankenhauseelsorgerin am LKH-Universitätsklinikum Graz begegnen; sie spiegeln sich in den Fragen, der Auswahl und letztendlich der Komposition.

- 2 Der Unterschied von einem Jahr bildet sich in den Manuskripten mit den Fragen zum Themenbereich Offenes/Grundsätzliches ab. Dazu wurden folgende Fragen gestellt: „Gibt es Gefühle, Themen, Anliegen, die du in der Zeit stärker wahrnimmst und mit denen du öfters konfrontiert wirst als früher? Was hat sich im gesamten System Krankenhaus aus deiner Sicht verändert? Wenn es eine gute Fee gibt, welche Wünsche soll sie welchen Stellen übermitteln?“ Manuela Krtek und Bert Brottrager wurden dazu befragt.

Personals entsteht – auch mit Seelsorger*innen. Darüber hinaus haben andere Themen an Relevanz gewonnen, wie Manuela Krtek schreibt:

„Das Thema der Kommunikation ist noch bedeutender geworden. Maßnahmen mussten erarbeitet, kommuniziert und laufend angepasst werden. Neue Formate für Besprechungen wurden entwickelt. Sowohl innerhalb des gebildeten Krisenstabes als auch auf allen anderen Ebenen ist die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit gestiegen.“

Zum Dienst der Krankenhauseelsorger*innen gehört einerseits in Kontakt mit den Mitarbeiter*innen zu sein, andererseits vor allem mit den Patient*innen. Manuela Krtek beschreibt Veränderungen:

„In einer Zeit, in der Besuchsmöglichkeiten stark eingeschränkt waren, hatte das Angebot der Krankenhauseelsorge noch mehr Bedeutung. Noch einmal verstärkt wurden eigene Erfahrungen mit Krisensituationen aus der Biographie, aber auch die Belastungen in Hinblick auf die Pandemie, die Erfahrung von Einsamkeit durch die reduzierten Kontaktmöglichkeiten angesprochen.“

Die Corona-Pandemie hat auch zur Klärung der Frage nach der Stellung der Seelsorge beigetragen:

„Wer ist für unsere Sicherheit verantwortlich? Wer entscheidet, ob und wie wir auch in Covid-Zeiten für das Personal und für die Patienten da sein können? Welche Regeln und Maßnahmen gelten für unser Tun? Die Notwendigkeit der Klärung dieser Fragen hat zu einer exakteren Definition geführt, wie wir zum Haus gehören, wer für uns verantwortlich, Ansprechpartner und Weisungsgeber ist“

– so Manuela Krtek. Durchwegs lässt sich feststellen, dass Seelsorge als wichtiger und verlässlicher Partner im Gesundheitswesen gesehen wird, sowohl für Patient*innen als auch für Mitarbeitende.

Erstes Zwischenfazit: Von gesellschaftlichen Brennpunktthemen wie z. B. Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die Reduzierung von privaten Kontakten etc. sind Mitarbeitende im Gesundheitswesen nicht ausgenommen. Für die Seelsorge zeigt sich, dass die Corona-Pandemie dazu geführt hat, dass die Krankenanstalten ihr Verhältnis zur Seelsorge klärten.

2. Nichts geht verloren – zur Frage des Ehrenamtes³

Die Krankenhauseelsorge lebt vom ehrenamtlichen Engagement. Gut ausgebildete Frauen und Männer bringen sich freiwillig in den Dienst der Krankenhauseelsorge ein. Eine Wahrnehmung ist, dass das Besuchsverbot in Zeiten der Corona-Pandemie das Ehrenamt stark betrifft und dadurch deutlich wird, wie Krankenanstalten das Ehrenamt sehen. Nach dem ersten harten Lockdown im März 2020 erfolgte ein erstes Aufatmen durch die Lockerung des strengen Verbots ab Sommer 2020. Anita Ulz beschreibt ihre Erfahrungen als Krankenhauseelsorgerin im LKH Feldbach:

„Ab ersten Juli war es dann für Ehrenamtliche wieder möglich, Kranke zu besuchen, sie sakramental zu begleiten und auch den Gottesdienst zu feiern. Die Spannung, die wir in einer Teamsitzung außerhalb des Krankenhauses vernahmen, war deutlich, denn jetzt wurden die Seelsorgenden, wie auch alle anderen im LKH Arbeitenden, reglementiert: Masken tragen, Hände desinfizieren, Abstand halten. Die gesellschaftliche Spannung in der Pro- und Contra-Haltung, die Regeln der Bundesregierung zu befolgen, zeigte sich auch spürbar bei den Ehrenamtlichen: war es zuvor der gemeinschaftlich anerkannte Schutz der Patient*innen und Angestellten, traten jetzt individuelle Themen zutage: die Angst, sich mit dem Virus im LKH zu infizieren, die Freude wieder Gespräche zu führen sowie der allgemeine Widerstand gegen das Tragen der Maske.“

Nach dem Sommer ist es erneut zu Einschränkungen gekommen, die u.a. das LKH Feldbach betroffen haben:

„Im Herbst 2020 folgte dann wieder der völlige Ausschluss von Ehrenamtlichen im Krankenhaus, sowohl in der Seelsorge, als auch im Hospizteam. [...] Die gewohnte ‚Normalität‘ war verschwunden und der Kontakt der Hauptamtlichen zu den [Ehrenamtlichen, Ergänzung S.P.] ist bis zum jetzigen Zeitpunkt nur mehr per Telefon oder Mail aufrecht zu erhalten.“

3 Folgende Fragen wurden zum Bereich des Ehrenamtes den Krankenhauseelsorger*innen Anita Ulz (LKH Feldbach) und Erwin Löschberger (AUVA UKH Graz, LKH Graz 2) gestellt: „Wie ist es Ehrenamtlichen aktuell möglich, tätig zu sein? Nimmst du einen Unterschied in der Begleitung wahr? Was glaubst du, dass Ehrenamt in der KHS für die Zukunft bedeutet?“

Anders ist es im Unfallkrankenhaus Graz, so Krankenhausesseelsoerger Erwin Löschberger:

„Im UKH-Graz gibt es eine ehrenamtliche Mitarbeiterin in der Seelsorge. Nach dem Aussetzen der Tätigkeit während des ersten Lockdowns im März 2020 konnte sie im Juni 2020, wie wir Hauptamtlichen auch, wieder den Dienst aufnehmen. Sie wird seit Dezember 2020 wöchentlich vor Beginn ihrer seelsorglichen Besuche getestet und ist selbstverständlich zum Tragen einer FFP2-Maske verpflichtet. Im LKH 2, Standort Süd, ist derzeit keine ehrenamtliche Mitarbeiterin aktiv. Der Grund liegt einerseits in der persönlichen Vorsicht der ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen, andererseits in der noch nicht erfolgten Impfung. Nach erfolgter Impfung – die in Aussicht gestellt wurde – wollen zwei Mitarbeiter*innen den Besuchsdienst wieder beginnen. Alle ehrenamtlichen Dienste, die mit gottesdienstlichen Feiern zu tun haben, sind bis zum heutigen Tag nicht möglich.“

In der Begleitung Ehrenamtlicher durch Hauptamtliche sind nun andere Themen vorrangig. Anita Ulz beschreibt, dass die eigene Innerlichkeit stärker in den Fokus des Gesprächs rückt:

„Neben dem plötzlichen Verlust der Umarmungen, der Tiefe der persönlichen Gespräche untereinander, der persönlichen Erfahrungen, die auch Raum im Miteinander hatten, wurde auch der Verlust der persönlichen Bereicherung in der Ausübung des Dienstes für andere, im ehrenamtlichen Besuchsdienst besprochen.“

Das Anliegen, seelsorglich tätig zu sein, war dennoch für viele Ehrenamtliche wichtig, und Anita Ulz schildert, dass ehrenamtliche Krankenhausesseelsoerger*innen andere Wege suchten:

„Es war uns wichtig, bewusst auf Begegnungen bei Spaziergängen zu achten und dort, wachsam hörend, wie eben im gewohnten LKH-Dienst, Menschen ihr Ohr zu leihen, sie zu ermutigen und aufzurichten. Einer Ehrenamtlichen gelang es in großer Kreativität und Lebensfreude in ihrem Ort Menschen zum persönlichen Karwochenweg zu ermutigen. Für rund 70 Haushalte fertigte sie mit ihrer Familie Impulse, Brotlaibe und Gedanken und legte sie vor die Tür. Es gelang ihr, das Evangelium in die Häuser zu tragen und das Herz der Menschen unaufdringlich zu berühren.“

Sie spricht vom „Lernort Krankenhaus“, der „aufgrund der Dichte der Erfahrungen und Authentizität der Menschen Ausgangspunkt für die Tiefe der Begegnungen in den Pfarren ist. Nicht zuletzt ermutigte auch die Be-

gleitung und ehrenamtliche Ausbildung in der Diözese, ihre Kompetenzen weiterhin außerhalb des Krankenhauses einzusetzen.“

Zweites Zwischenfazit: In vielen Krankenhäusern ist der ehrenamtliche Dienst nicht möglich. Dennoch lässt sich eine Prognose für die Zukunft des Ehrenamtes in der Krankenhauseelsorge nach der pandemischen Corona-Zeit aus den Erfahrungen nicht ableiten. Festzustellen ist, dass die Mehrheit der Ehrenamtlichen ihren Dienst zwar nicht im Krankenhaus ausübt, ihre erworbenen Fertigkeiten an anderen Orten fruchtbar werden.

3. Individueller und flexibler – Feier der Liturgie

Die Feier von Gottesdiensten und Ritualen, die Spendung von Sakramenten und Sakramentalien angesichts der Krankheit gehören wesentlich zur Krankenhauseelsorge. Auch unter den jetzigen Bedingungen ist dies mit erforderlichen Schutzmaßnahmen möglich. Dennoch haben sich Feiern, vor allem gemeinschaftliche, liturgische Feiern, in dieser pandemischen Zeit verändert. Das trifft sowohl Priester, als auch Frauen und Männer in der Krankenhauseelsorge. Darüber berichten drei ordinierte und zwei nicht ordinierte Seelsorger*innen. Zugleich denken sie über die Zukunft gottesdienstlicher Feiern im Kontext der Krankenhauseelsorge nach.⁴ Friedrich Weingartmann, Pfarrer und Leiter der Krankenhauseelsorge am LKH Feldbach, berichtet, dass es wieder möglich ist,

„jede Woche am Freitagabend die Hl. Messe zu feiern, allerdings ohne die persönliche Präsenz der Patient*innen. Eine Krankenhauseelsorgerin übernimmt die musikalische Gestaltung der Hl. Messe. Die Hl. Messe wird in die Krankenzimmer übertragen, sodass die Patient*innen im Krankenbett den Gottesdienst hören und mitfeiern können. Dieses liturgische Angebot wird dankbar angenommen.“

4 Folgende Personen wurden befragt: Ein Priester des Universitätsklinikums Graz, der anonym bleiben möchte (im Text als Anonymous bezeichnet), Friedrich Weingartmann, Leiter der Krankenhauseelsorge am LKH Feldbach, Krankenhauseelsorgerin Michaela Hirzer-Weiß von den Ordensspitalern der Elisabethinen und Kreuzschwestern Graz. Hans Mosbacher, der dem LKH Mürzzuschlag zugeordnet ist, Sakramente spendet und die Hl. Messe feiert, hat gemeinsam mit der Leiterin der Krankenhauseelsorge am LKH Mürzzuschlag Michaela Fetz, folgende Fragen reflektiert: „Gibt es eine Veränderung, die am meisten spürbar ist in der Liturgie? Inwiefern ist eine Veränderung durch die Auflagen und Maßnahmen etc. für das Team spürbar? Für wen mehr, für wen weniger? Was wird in Zukunft an Bedeutung in der rituellen Begleitung von Menschen in der KHS gewinnen?“

Die Pfarre am LKH Universitätsklinikum Graz ist in dieser Hinsicht eine Ausnahme; sie ist eine frei stehende Pfarrkirche, in der, unter Einhaltung der Maßnahmen, Gottesdienst mit Patient*innen, Angehörigen, Mitarbeiter*innen sowie durch Übertragung auch am Krankenbett gefeiert wird. Jedoch sind Gottesdienste auf Stationen nicht mehr möglich. Anonymous am LKH Universitätsklinikum berichtet:

„Für mich am stärksten spürbar war vielleicht das Wegfallen des liturgischen Gesanges. [Gleichzeitig haben] die anderen, eigentlich als verbindlich vorgesehenen und leider oft vernachlässigten, ‚Orte‘ der Stille und des Schweigens in der Liturgie – wie etwa die Stille zwischen Gebetseinladung und Oration – wieder an Bedeutung und Intensität gewonnen. [Ein] leichter Rückgang [ist] von Kommunionwünschen auf den Stationen überhaupt zu spüren.“

Dazu Michaela Hirzer-Weiß, Seelsorgerin in den Ordensspitälern der Elisabethinen und Kreuzschwestern in Graz:

„Es gab/gibt die Anweisung für Patient*innen, ihr Zimmer/ihre Station möglichst nicht zu verlassen, die je nach Phase der Pandemie unterschiedlich streng gehandhabt wurde. Jedenfalls gibt es ein Bedürfnis von Patient*innen, die Krankenhauskapelle auch für sich alleine zu nutzen, zum Rückzug in die Stille, zum Gebet.“

Ein gemeinsames Ringen, auch im Team der Seelsorger*innen, ist erforderlich, wenn es um Berührungen innerhalb liturgischer Feiern geht, wie Michaela Hirzer-Weiß schildert:

„Diskussionen hatten wir z. B. bei den Themen ‚Aschenkreuz austreten‘ oder ‚Krankensegen anbieten‘. Inwieweit sind Haut-zu-Haut-Berührungen seelsorglich ‚notwendig‘? Welche Unterschiede, sowohl seelsorglich gesehen als auch in der Stationskultur, gibt es auf den verschiedenen Stationen, von der Palliativstation bis zur Chirurgie?“

Ich selber nehme wahr, dass ein Abwägen unterschiedlicher Komponenten und Sichtweisen auch mit dem Pflegepersonal nötig ist, um zu einer gemeinsamen guten Entscheidung zu kommen, was möglich ist und was vermieden werden soll. Letztlich geht es um die konkrete Person, um den Kranken und sein Umfeld. Das erfordert manchmal Kreativität. Michaela Fetz und Pfarrer Hans Mosbacher, LKH Mürzzuschlag, berichten:

„Bald nach dem Frühjahr 2020 wurde auf Anfrage von Kranken bzw. Angehörigen auch wieder die Krankensalbung auf allen Stationen möglich. Hier wurde und wird auch vom Priester Offenheit und Krea-

tivität gefordert, z. B. wurden über ‚Whatsapp‘ isolierte Kinder und Enkelkinder zur Krankensalbung dazu geholt und auch eingebunden; die Dankbarkeit der Angehörigen war groß.“

Neben Abwägungs- und Entscheidungsprozessen hinsichtlich dessen, hat sich auch sonst viel da und dort geändert: Der Wegfall der Feier des Gottesdienstes in den Kapellen vor Ort, der besonders Priester betrifft, hat beispielsweise im LKH Müzzzuschlag bei Michaela Fetz zur Folge,

„dass der Tätigkeitsbereich von Seelsorger*innen mehr als früher auch in den rituell-liturgischen Bereich ging und geht, da immer wieder Menschen äußern, dass sie eine Kommunionfeier wünschen. [...] Auch Segensfeiern wurden vermehrt gewünscht (hier ist zu beachten, dass die kirchlich-sakramentale Einbindung der Menschen im Müzztal oft gering ist).“

Gleiches beobachtet Michaela Hirzer-Weiß in beiden Grazer Ordensspitälern und vermutet, dass das auch künftig so bleiben wird. Denn „die Patient*innen mögen sich auch nicht alle gerne im Morgenmantel, mit dem Rollator, den Gehhilfen, dem Urinsackerl etc. in der Öffentlichkeit zeigen, vor allem, wenn der Weg zur Kapelle etwas weiter ist.“ Auch wenn einige ältere Patient*innen Kommunionfeiern wünschen, zeigt sich, so Michaela Hirzer-Weiß, folgendes:

„Menschen können sich unter rituellen Angeboten oft nichts vorstellen. Die Vermittlung und Erklärung finde ich nicht ganz einfach. Wahrscheinlich braucht es auch die Ausarbeitung von neuen Ritualen, z. B. einen speziellen Segen vor einer OP oder für Angehörige; oder ein Dankbarkeitsritual, wenn etwas gut gegangen ist.“

Michaela Fetz und Hans Mosbacher resümieren: „Für die Zukunft wird [...] die rituelle Begleitung mehr in den kleineren Rahmen der Zimmer wandern und damit persönlicher, individueller und kreativer werden und manchmal auch Verkündigung für die Mitkranken sein“; und Anonymous vom Universitätsklinikum Graz meint dazu: „[S]owohl aus meiner Erfahrung als Seelsorger als auch als Patient [möchte ich] ein Plädoyer für ‚liebvolle Einfachheit‘ und Schlichtheit abgeben. Weniger ist mehr.“

Drittes Zwischenfazit: In der Liturgie scheint die Corona-Pandemie eine Veränderung für die Zukunft auszulösen: Kreatives, individuelles und wohl auch intimes Feiern im Rahmen eines Krankenhaus-Aufenthaltes scheint auch zukünftig gefragt sein, dem auch nicht priesterliche Seelsorger*innen vorstehen.

4. Kinder und Jugendliche eint die Konfrontation mit der Möglichkeit des Todes mit der Welt⁵

„Corona provoziert, weil die Erkrankung zum Tode führen kann, und das ist bei den Onko-Kindern und Familien immer der Fall, das eint uns jetzt mit der Gesellschaft“, stellt Markus Kern fest, Seelsorger an der Pädiatrisch-Hämatologischen Onkologie am Universitätsklinikum Graz. „Die Tabuthemen Sterben und Tod sind für schwer erkrankte Kinder und Jugendliche und deren Familien immer präsent. Insofern ist hier keine größere Veränderung spürbar. Inwiefern Ängste durch Corona verschärft worden sind, ist nicht eins zu eins zu sagen, diese Frage ist für mich offen.“

Es ist anzumerken, dass es zu einer deutlichen Reduzierung von Besuchsmöglichkeiten gekommen ist, sowohl von Begleitpersonen, als auch von ehrenamtlichen Vereinen, wie z. B. den „Gelben Tanten“, den „Clini-Clowns“ etc. Dies wirkt sich insofern aus, als Kinder, Jugendliche und ihre Familien dadurch weniger ‚Programm‘ und mehr Zeit haben. Über Auswirkungen dieser Reduktion lässt sich nur spekulieren. Petra Lackner-Haas, Seelsorgerin am Pädiatrischen Kinderzentrum am Universitätsklinikum Graz, berichtet wiederum von verstärkt aufkommenden Ängsten bei den Betroffenen:

„In meinen Begleitungen nehme ich einerseits Angst wahr. Angst, dass jemand aus den Helfersystemen das Virus bringen könnte. Familien mit schwer erkrankten Kindern, die ihre Kinder zuhause betreuen, sind auf Hilfsdienste, die teilweise täglich nach Hause kommen, angewiesen. Wenn diese wegfallen, ist das für die Familien sehr schwer handhabbar. Wenn diese kommen, bedeutet das ein vermehrtes Risiko einer möglichen Ansteckung. Hier gibt es oft große Unsicherheiten, Ängste und Sorgen. Eltern, vor allem Mütter, waren und sind in Zeiten von Corona noch stärker gefordert und belastet, vor allem wenn ihre Kinder schwer- und lebensbedrohlich erkrankt sind. Ihnen fehlt oft die Kraft und auch die Möglichkeit auf ihre Situation, auf ihr Leid, aufmerksam zu machen und leider auch die Lobby dafür.“

Kranke Kinder scheinen auch in nicht-pandemischer Zeit für die Mehrheit der Gesellschaft kaum Thema zu sein. Dabei zeigt sich, dass die Pandemie

5 Vom LKH Universitätsklinikum wurden zur Frage der Seelsorge bei Kindern und Jugendlichen Petra Lackner-Haas und Markus Kern wie folgt befragt: „Was nimmst du verstärkt bei Kindern, Jugendlichen, Familien wahr? Gibt es einen Unterschied in der Begleitung zur Zeit vor Corona? Gibt es Themen, die aus deiner Sicht gesellschaftspolitisch relevant sind?“

hier sogar etwas ermöglicht, was ungewöhnlich klingt: Eine Form von Gleichberechtigung zwischen kranken und gesunden Kindern. Kranke Kinder erleben in gewissem Maße das Gefühl von ‚wir sind den anderen, gesunden Kindern gleich‘! Denn: „Onko Kinder‘ müssen Maske tragen. ‚Onko Kinder‘ wissen was es heißt, Homeschooling zu haben, wie auch ihre Familien“, gibt Markus Kern zu bedenken.

Viertes Zwischenfazit: In der Corona-Pandemie kommt unserer Wahrnehmung nach weder das Wohl gesunder und noch weniger das Wohl kranker Kinder zu Wort, geschweige denn ein Austausch dieser beiden Lebenswelten.

5. Zusammenschau

Was bedeuten diese Wahrnehmungen nun für die eingangs gestellte Frage: Inwiefern hat die Corona-Pandemie in der Seelsorge Veränderungen ausgelöst? Die Antwort fällt ambivalent aus. Erhöhte Schutzmaßnahmen, reduzierte Besuchsmöglichkeit, Verzicht auf gemeinschaftliche Gottesdienstfeiern etc. haben die Welt auch innerhalb des Krankenhauses verändert – aber auch in mancher Hinsicht nicht. Wenn ich als Krankenhauseelsorger*in mit dem/der Kranken in Kontakt trete, es zu einem Gespräch kommt, dieses in einer Begegnung mündet und sich möglicherweise sogar in einer Feier ausdrückt, dann ereignet sich etwas außerhalb von Zeit und Raum. Die Pandemie wird von einem größeren Geheimnis durchbrochen. Sie rückt zurück.

Die zur Verfügung gestellten Wahrnehmungen geben ein buntes, uneindeutiges, vielleicht sogar ambivalentes Bild von Krankenhauseelsorge der steirischen Kirche wieder. Wahrnehmungen entziehen sich den Kategorien von richtig und falsch, und doch sind sie wertvoll und so mancher Ausgangspunkt für Veränderungen. Das Krankenhaus kann als Lernort für die Gesellschaft gesehen werden: Von der Frage, welche Maßnahmen schützen, bis hin zu Gruppen, die übersehen werden, wie kranke Kinder und Jugendliche. Gleichzeitig entkommt man den Themen Krankheit, Tod, Angst, Verwundbarkeit, Einsamkeit und Zurückgeworfensein nicht – aber auch der Hoffnung nicht. Hoffnung, dass ‚es‘ schaffbar ist, wie auch die Pandemie bewältigbar ist, wenn wir merken, wir sind alle im gleichen Boot. Diese Solidarität wurde nicht zuletzt sichtbar im Tanz von hunderten Mitarbeiter*innen des LKH Universitätsklinikums Graz

zu ‚Jersualema‘⁶. Dieser Jerusalema Challenge schlossen sich viele weitere Kliniken an. Vielleicht entstehen ganz neue Bauwerke, wenn wir diesem Takt und Geist folgen – ein neues Miteinander, ein aufeinander Hören, wo Wahrnehmungen von Verschiedenheit Früchte tragen...

6 Siehe dazu: https://www.youtube.com/watch?v=wmfflZnc3X8&t=12s&ab_channel=LKH-Univ.KlinikumGraz [15. 05. 2021].

Die COVID-19-Pandemie als Herausforderung und Spiegel des Glaubens. Deutungsmuster, Handlungsstrategien und Lehren für den Wandel im Islam

Mahmoud Abdallah

Prolog

Epidemien und Pandemien sind in der Regel und in erster Linie eine Herausforderung für die Politik und das Gesundheitssystem, sodann auch für die Wirtschaft und das Bildungssystem. Während die Politik die großen Entscheidungen trifft und Verantwortung tragen muss, ist sie dabei auf Wissenschaft und Fachleute aus vielen Bereichen angewiesen. Der Gesundheitssektor ist in der Verantwortung, neben dem nötigen Pflegepersonal Plätze und Equipment bereitzustellen sowie auch neue Gegenmittel zu entwickeln, um die Pandemieauslöser zu besiegen. Der Bildungssektor soll nicht nur dafür sorgen, dass keine Bildungslücke entsteht, sondern auch seine Konzepte entwickeln und anpassen, und die Wirtschaft muss trotz all dem dafür sorgen, dass sie weiter funktioniert. Mitten in diesem Marathon zwischen dem Staat und dem Virus treten die Religionen und Glaubensgemeinschaften, vor allem die muslimische, in den Hintergrund; sie bleiben jedoch von der Pandemie nicht verschont. Der Notstand trifft sie dermaßen hart, dass sie auch ums „Überleben“ zu kämpfen haben, vor allem in den wichtigen spirituellen Zeiten wie Weihnachten im Christentum und dem Fastenmonat Ramadan im Islam. „Gemeinschaft, welche Solidarität, Glück und Beistand bringen soll, erscheint plötzlich als Bedrohung und Gefahr und muss vermieden werden.“¹ Kirchen, Moscheen und Gebetsräume mussten geschlossen bleiben und die sozialen wie spirituellen Angebote mussten ausgesetzt werden. Dennoch waren die Gemeinschaften bemüht, ihren Mitgliedern an der Seite zu bleiben und ihnen weiterhin spirituelle wie seelsorgliche Unterstützung anzubieten. Dabei waren sie vom Scheitern bedroht, manche sind dabei schon verzagt oder haben ohne Reaktionen die Entwicklung mitbeobachtet.

1 Mahmoud Abdallah, Ramadan ohne Ramadan: Wenn eine Krise die Moscheen leert, in: <https://www.feinschwarz.net/ramadan-ohne-ramadan-wenn-eine-krise-die-moscheen-leert/> [05.06.2021].

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage danach, ob es im Islam eine Art „Gebrauchsanweisung“ für den Umgang mit der Pandemie gibt, eine Katastrophen- und Pandemieethik. Dieser Beitrag möchte eine mögliche theologische Reflexion der Pandemie anbieten und zeigen, wie diese von unserem Glaubensverständnis abhängig sein kann. Im ersten Schritt wird die Rezeption der Pandemie im Islam diskutiert und wird mithilfe der relevanten Quellentexte gezeigt, welche hermeneutischen Interpretationen miteinander konkurrieren. Hierauf wird (1.2.) ein weiterer hermeneutischer Ansatz vorgeschlagen, nämlich dass bei der Pandemie-Hermeneutik nicht von den Texten auszugehen ist, sondern von den Erfahrungen der Menschen. Dies bedeutet, dass wir nicht von der Theorie auf die Praxis blicken, sondern aus der Praxis heraus die Theorie/den Text reflektieren. Anschließend wird diskutiert, was der Umgang mit der Pandemie und den neuen Herausforderungen über unsere Religiosität, die Belastbarkeit unserer Werte, unsere theologische Bildung und unsere theologisch-rechtlichen Normen verrät. Schließlich werden die Möglichkeiten und Perspektiven für die Post-Pandemie-Zeit erörtert.

1. Die Pandemie(n) im Islam

Wer an einer Epidemie stirbt, „stirbt meist unbemerkt; wer sie überlebt oder von ihnen erfährt, redet über sie und erhebt sie zum Gleichnis“, beschreibt Josef van Ess die menschliche Erfahrung mit der Pandemie.² Eine Seuche an sich ist kein spezifisch islamisches Phänomen, sondern ein medizinisches oder naturwissenschaftliches, mit dem jede Kultur, Region und Religion in der Geschichte Erfahrungen gemacht hat. Karl-Heinz Leven zeigt in seinem Buch „Seuchen. Eine Geschichte von der Antike bis zur Gegenwart“, wie die Geschichte eine nahezu lückenlose Kette von verheerenden Pandemien bietet, auf die Gesellschaften und Kulturen in unterschiedlicher Weise reagieren mussten.³ Das betrifft auch den islamischen Kulturkreis. Für den Islam ist die COVID-19-Pandemie nicht die erste Erfahrung mit Seuchen und Pest, sondern die Fortsetzung einer langen Erfahrung.⁴ Selbst das Aussetzen von gemeinschaftlichen Gebeten und

2 Josef van Ess, *Der Fehltritt des Gelehrten*, 5.

3 Vgl. Karl-Heinz Leven, *Seuchen*.

4 Ibn Ḥağar berichtet in dem von ihm verfassten und in der islamischen Theologie bekanntesten Werk zu Epidemien von einer Unzahl von Pandemien, die die arabisch- und islamische Welt getroffen haben, listet jedoch fünf als die größten auf, vgl. Ibn Ḥağar al-‘Asqalānī, *Badl al-mā‘ūn fī faḍl at-ṭā‘ūn*, (Hg.): Aḥmad al-kātib,

religiösen Ritualen, ja sogar der Pilgerfahrt⁵, ist der islamischen Historie nicht fremd.

In Islam und islamischer Kultur wird die Pandemie jedoch anders wahrgenommen und reflektiert als in vielen anderen Kulturkreisen der Welt, auch die im Zusammenhang mit ihr Verstorbenen werden anders wahrgenommen. In den anderen Regionen und Kulturkreisen dienen die Pandemien in ihrer Geschichte eher als Grundlage für eine literarische Arbeit oder ein Drehbuch, kann man im Anschluss an van Ess sagen. Ein Bezug zu der Londoner Pest im Jahre 1665 fehlt daher gänzlich in der Auseinandersetzung der britischen Regierung mit COVID-19. Ähnliches gilt für die Pest von Marseille 1720/21 oder für den „Schwarzen Tod“, welcher in kurzer Zeit, zwischen den Jahren 1346–1353, etwa ein Drittel (geschätzt 25 Millionen) der damaligen Bevölkerung Europas forderte. An der Pest gestorbene Menschen werden nur als Opfer gesehen, mit denen und deren Hinterbliebenen man Mitleid empfindet bzw. derer man aus Mitleid gedenkt. Muslime hingegen vergegenwärtigten sofort ihre Geschichte, um daraus Schlüsse zu ziehen. Die Verstorbenen werden als Märtyrer eingestuft und wahrgenommen und sorgen folgerichtig für eine theologische Auseinandersetzung, insbesondere bezüglich der praktischen Rituale wie Totenwaschung, Totengebet usw. In der Auseinandersetzung mit der COVID-19-Pandemie wird regelmäßig auf die Literatur und Geschichte zurückgegriffen, um – manchmal entgegengesetzte – Maßnahmen und Positionen zu rechtfertigen. Die Diskussionen bewegen sich in zwei (theologisch-ideologisch geprägten) Hauptinterpretationen der Pandemie, die sich in zwei Positionen unterteilen lassen: 1. die Pandemie gilt als Peinigung (*riğz*) für die Ungläubigen und Gnade für die Gläubigen; und 2. die Pandemie ist ein natürliches Phänomen, dem mit der Wissenschaft der Medizin zu begegnen ist. Später und spätestens mit der Schließung der Moscheen und dem Aussetzen des Freitagsgebets, welche ihren Höhepunkt in den Heiligen Stätten in Mekka und Medina fand, wurden die Stimmen lauter, die darin eine Strafe Gottes sehen. Dabei werden der Zeit-

Riad (ohne Jahr), 261 ff.; al-Buḥārī, Muḥammad Ibn Ismā‘īl al-Buḥārī, al-Ġāmi‘ aṣ-ṣaḥīḥ; al-Ghumārī, Ahmad ibn Muḥammad ibn Siddīq, al-Iqnā’ bi-ṣiḥḥat ṣalāt al-jum‘a fi al-manzil khalfa al-midhyā’, Tétouan 1375 n. H./ 1953.

5 Manchmal agierten Einzelne von selbst und forderten die Aussetzung bestimmter Gemeinschaftsrituale. Im Zusammenhang mit COVID-19 gab z.B. das Ministerium für Stiftung und religiöse Angelegenheiten in Marokko an, dass es mehrere Anrufe erreichten, die darum baten, die Pilgerfahrt für 2020 auszusetzen, wobei keiner auf seinen Platz verzichten, sondern lediglich ein Jahr später die Pilgerfahrt verrichten wolle. Vgl. <http://www.habous.gov.ma/index.php> [08.03.2021].

kluft, den Erfahrungen der Muslime durch die Jahrhunderte und den wissenschaftlichen Errungenschaften der Menschheit keine Wichtigkeit beigemessen. Viele Kommentare auf den Sozialen Medien lassen diesen Schluss zu.⁶ Die scheinbar religiös geprägte Wahrnehmung der Pandemie legt zum einen nahe, dass eine Unterscheidung zwischen dem Theologischen und dem Weltlichen in der Diskussion um COVID-19 außer Acht gelassen wird, zum anderen erschwert sie die Akzeptanz der pandemiebedingten Maßnahmen wie die Schließung der Gotteshäuser oder das Aussetzen von Gemeinschaftsritualen und zum Dritten stellt sie eine große Herausforderung für die theologische Auseinandersetzung mit dem Thema dar.

1.1 Pandemie im Koran: Ein Verhaltenskodex aus dem Koran für Covid-19?

Für religiöse Muslime stellt der Koran als Gottes Wort die erste Quelle der Orientierung im Leben dar, worauf man sich auch gerne bei jeder Angelegenheit und Herausforderung beruft. Van Ess zufolge versuchten auch die Prophetengefährten, die sich bei der Pest von Emmaus gegen eine „Flucht“ aus der verseuchten Gegend aussprachen, mit dem Koran für ihre Sicht zu argumentieren, jedoch ohne Erfolg.⁷ Aber bietet der Koran überhaupt genügend Informationen und Anleitungen zum Umgang mit einer Pandemie? Ist es zulässig, die Koranstellen über die Bestrafung anderer Völker aufgrund deren Unglaubens für den Fall von COVID-19 zu vergegenwärtigen? Und kann man aus dem Koran eine Art Verhaltenskodex für die COVID-19-Pandemie herausarbeiten?

Im Koran wird in Bezug auf Pandemie bzw. Pest von zwei Begriffen gesprochen: *riġs* und *riġz*. Beide Begriffe erscheinen jeweils zehnmal im

6 Einige Kommentare wurden präziser formuliert und beschrieben diese Maßnahmen als eine Strafe für die Herrscherfamilien in der arabischen Welt, z. B. in Saudi-Arabien aufgrund des Modernisierungsprozesses durch den Kronprinzen oder als (vor allem zu Beginn des Ausbruchs) „göttliche“ Vergeltung für die Unterdrückung der Uiguren in China.

7 Vgl. van Ess, Der Fehltritt des Gelehrten, 303. Interessanterweise berichtet van Ess hier von den beiden Koranstellen (Sure 2:243 und 33:16), die sich nur mit großer Mühe auf die Pandemie übertragen lassen. Scheinbar wurde mit diesen Versen argumentiert, weil sie einen direkten Bezug zur Nützlichkeit der Flucht haben. Ein Einblick in die verschiedenen Interpretationen von Sure 2:243 hilft an dieser Stelle, die Debatte einzuordnen. Interessant dabei ist, dass die Interpretation (von Muqātil), die besagt, dass es sich in Sure 2:243 um Kriegsverweigerer handle, einräumt, dass diese mit einer Seuche bestraft worden sind, vgl. van Ess, Der Fehltritt des Gelehrten, 304f.

Koran.⁸ Beide erscheinen jeweils an einem Ort zweimal hintereinander.⁹ Während der zweitgenannte Begriff *riğz* durchgehend für Strafe steht,¹⁰ kommt der erstgenannte *riğs* mehrdeutig im Koran vor: Unreinheit, Sünde, Schändliches oder Böses (5:90 oder 33:33), Satan (6:125), Verbote (6:145), Missfallen (7:71), Heuchelei/Zweifel/Unglaube (9:125) oder Götzenbilder (22:30).¹¹ Darüber hinaus behandelt der Koran jedoch an mehreren Stellen die Themen der Schicksalsschläge als Bestrafung oder Prüfung für die Menschen, wie etwa durch Naturkatastrophen und Krankheiten oder die Minderung an Besitz und Nachkommen. In Zusammenhang mit der negativen Reaktion bestimmter Völker auf die Offenbarung Gottes wird in einigen Prophetengeschichten von solchen Ereignissen als einer Strafe für den Unglauben und das Sich-Abwenden des Menschen vom Weg Gottes berichtet, die dem jeweiligen Volk auferlegt worden ist, wie z. B. in den Geschichten von Nūh, Hūd oder Šaliḥ.¹² In anderen Koranstellen werden solche schmerzlichen Erfahrungen und das menschliche Leid hingegen als Prüfung¹³ für Gläubige dargestellt, so die Geschichte Hiobs: „Wahrlich, Wir fanden ihn geduldig. (Er war) ein vortrefflicher Diener; stets wandte er sich Gott zu“ (Sure 38:44, vgl. auch 21:83). Weitere Koranstellen berichten wiederum von Beispielen des Leidens des Menschen, ohne dafür einen bestimmten Grund explizit zu nennen, hierfür ist die Geschichte Josefs zu nennen.¹⁴

Im Kontext der gegenwärtigen Pandemie wird vor allem Sure 7:133–135 rezipiert. Sie berichtet über eine Reihe unterschiedlicher Strafen, die Gott den Kopten in Ägypten auferlegte, weil sie Moses nicht folgen wollten. Die Pandemie erscheint hier als eine Methode der Erziehung und Besserung, die Gott nach einem pädagogischen Konzept anordnete:

8 *Riğs*: Sure 5:90, 6:125.145, 7:71, 9:95.125, 10:100, 22:30 und 33:33; *riğz* in Sure 2:59, 7:134.135, 7:162, 8:11, 29:34, 34:5, 45:11 und 74:5.

9 *Riğs*: Sure 9:125 und *riğz*: Sure 7:134.

10 Ausnahmen stellen hier die Suren 8 und 74 dar; in Sure 8:11 kommt *riğz* im Sinne von Einflüsterung des Satans vor und in Sure 47:5 wird es mit ‚Götzenbilder‘ interpretiert.

11 In den Koranübersetzungen gibt es keine Einheit darüber, wie die Begriffe ins Deutsche übertragen werden. *Riğz* wird oft mit Strafgericht, unheilvolle Strafe, Zorngericht oder Peinigung übersetzt; *riğs* wird mit Übel, das Üble, Unreine, Unreinheit, Gräuel, Makel oder Peinigung übertragen.

12 Vgl. Koran 54:11–12; 7:71–72 und 7: 77–78.

13 Als Prüfung werden im Islam nicht nur Schicksalsschläge angesehen, sondern auch Wohlstand und Wohlbefinden sind Prüfungen, um zu sehen, ob der Mensch verantwortungsvoll damit umgeht.

14 Vgl. Sure 12.

7:133: „So schickten Wir ihnen Überschwemmung, Heuschrecken, Läuse, Frösche und Blut als deutliche Zeichen, dann haben sie sich in Arroganz erhoben und waren schwer verfehlende Leute.“

7:134: „Und als sie die Peinigung überkam, sagten sie: ‚Musa! Richte für uns Bittgebete an deinen Herren, wie Er es dir geboten hat. Wenn Er von uns die Peinigung wegnimmt, gewiß werden wir den Glauben an dich verinnerlichen und mit dir Israels Kinder doch mitschicken.“

7:135: „Doch als Wir ihnen die Strafe wegnahmen – für eine Frist, die sie vollenden sollten –, siehe, da brachen sie ihr Wort.“

Die Koranexegeten sind darüber nicht einig, was mit Zeichen in Sure 7:133 gemeint ist, jedoch gilt als Mehrheitsmeinung, dass diese Prüfung und Strafe für diejenigen waren, die an die Botschaft Moses nicht glauben und andere nicht glauben lassen wollten. Das Wort *riğz*, welches an dieser Stelle in zwei aufeinander folgenden Versen (7:134–135) vorkommt, wird mit Strafe gleichgesetzt. Die Art dieser Strafe ist jedoch umstritten. Aṭ-Ṭabarī (gest. 923) berichtet über Meinungsverschiedenheiten diesbezüglich. Ihm zufolge verstehen u. a. Ibn ‘Abbās (gest. 687) und Sa‘īd ibn Ğubair (gest. 712) unter *riğz* die Pest (*tā‘ūn*), andere, z. B. Muğāhid (gest. 722) und Qatāda (gest. 736), verstehen darunter hingegen eine schmerzliche Strafe (*‘adāb*), ohne diese näher zu definieren, wobei *riğz* als Kollektivum für diese oben erwähnten Zeichen verstanden werden kann.¹⁵ Dementsprechend interpretiert Ibn ‘Abbās die Überschwemmung (*tūfān*) in Sure 7:133 ebenso als die Pest (*tā‘ūn*).¹⁶ Diese Interpretationen werden im heutigen Alltag vergegenwärtigt und der koranische Text wird mit viel hermeneutischem Geschick gerne herangezogen, um die Pandemie als Strafe für die Menschheit wegen ihres Materialismus und ihres Sich-Abwendens von der Offenbarung zu erklären: für China wegen seiner heutigen Haltung gegenüber den Uiguren im Autonomen Gebiet Xinjiang und für den Westen wegen seines Materialismus und seiner „verfallenen“ Moral. Als später die Pandemie die islamische Welt massiv betroffen hat, sah man dementsprechend auch Muslime für ihr Sich-Entfernen von der Botschaft Gottes auf den Prüfstand gestellt – doch hier geht es um eine Mahnung.

Aus dieser kurzen Ausführung geht hervor, dass der koranische Diskurs nichts unmittelbar zu dem Thema hergibt und er erscheint somit wenig

15 Vgl. Ibn Ğarīr aṭ-Ṭabarī, Ğāmi‘ al-bayān. Bd. 13, 70 f. Vgl. auch Tafsīr ibn ‘Abbās, (Hg.): Aḥmad al-‘Amrī, Bd. 2, 677 f.

16 Vgl. Abū al-Ḥasan al-Māwardī, an-Nikt wa al-‘uyūn, (Hg.): as-Sayd ibn ‘Abdu-l-Maqsūd, Bd. 2, 251.

impulsgebend für den Umgang mit der Pandemie. Die Ableitung eines Verhaltenskodex aus dem Koran für den Umgang mit der Pandemie bedarf dementsprechend einer besonderen hermeneutischen Fertigkeit und umfangreicher Untersuchung des koranischen Textes. In diesem Fall sollen über die Textstellen hinaus, die wörtlich von *riğz* oder *riğs* sprechen, auch weitere Textstellen berücksichtigt werden, welche allgemeine gesellschaftliche Werte thematisieren und auf eine Gewissensbildung abzielen, wie z. B. Sure 2:117 oder die Suren 90, 92, 93 oder 113, und dabei soll der Fokus auf die ethischen Werte gerichtet werden.

1.2 2020 – ein „Jahr des Kummers“: Zur Hermeneutik der Pandemie im Spiegel der Prophetenüberlieferung

Die Tatsache, dass der Koran nichts Unmittelbares zur Pandemie sagt, hat zur Folge, dass das Zurückgreifen auf die prophetischen Überlieferungen und Handlungen im Mittelpunkt der Diskussion der Muslime über die Pandemie stand und steht. Der Bezug auf prophetische Überlieferungen, Äußerungen und Handlungen (Sunna) – sowie solche seiner Zeitgenossen – stellt eine wichtige Tradition und Methode islamischer Theologie und Normenlehre dar und gilt als zweite Quelle der Rechtsprechung im Islam.

Die Literatur beinhaltet eine Reihe an Berichten prophetischer Überlieferungen, die sich mit dem Thema der Pandemie (*tā'ūn*) beschäftigen. Diese Berichte lassen sich inhaltlich in drei Kategorien unterteilen: Überlieferungen, welche der Pandemie negativ gegenüberstehen und sie als eine Strafe Gottes erklären,¹⁷ Überlieferungen, die die Pandemie eher positiv betrachten und sie als Barmherzigkeit Gottes klassifizieren,¹⁸ und solche, die eine offene Position einnehmen und von der Meinungsverschiedenheit der Gefährten berichten und eine unentschlossene Art der Interpretation der Pandemie präsentieren.¹⁹ Zudem gibt es eine weitere Gruppe, die im Kontext des Krankheitsverständnisses im Islam vorkommt und somit unmittelbar zur Hermeneutik der Pandemie beiträgt. Dies sind jene Berichte, die von der Ansteckungsgefahr sprechen – teilweise verneinend, teils bestätigend und teils schreiben sie den Gläubigen ein bestimmtes Verhalten vor. Diese Gruppe erscheint vom Wortlaut her widersprüchlich, sorgt für Irritation und stellt eine Herausforderung für die Muslime bei dem

17 Vgl. Ṣaḥīḥ Buḥārī, Nr. 3473.

18 Vgl. Ṣaḥīḥ Buḥārī, Nr. 5734 und 3474.

19 Vgl. Musnad Aḥmad, Nr. 1654 und Muwaṭṭa' Mālik, Nr. 1655.

Umgang mit der Pandemie dar. Als Beispiel seien exemplarisch hier folgende zwei Hadithe zu nennen: „*la ṣafar*²⁰ *wala hāma*²¹ *wala yu ‘dī saqīmun ṣahīhan*“. ²² Uns interessiert hier vor allem der letzte Absatz „*wala yu ‘dī saqīmun ṣahīhan* – Der Kranke steckt den Gesunden nicht an“. In einer weiteren Version geht der Hadith mit einer anderen Formulierung aus, die zwar sinngemäß das Gleiche besagt, wörtlich jedoch die Vorherbestimmung hervorhebt: „*ḥalaqa Allah kull naḥs fa-kataba ḥayātaha wa muṣibatīha wa rizqaha* – Allah erschuf jede Seele und legte ihr ihr(e) Leben(sdauer), ihre Schicksalsschläge und ihre Versorgung fest“. ²³ Die zweite Überlieferung in diesem Zusammenhang lautet: „*firr min al-mağzūm kama tafirr min al-asad* – Laufe weg von dem an Lepra erkrankten Menschen, wie du vor einem Löwen weglaufen würdest.“ ²⁴

Diese Fülle an Berichten und unterschiedlichen Klassifizierungen prägt sowohl den Umgang mit Pandemien in der Geschichte als auch die Reaktion der heutigen Muslime auf COVID-19. Die ambivalenten Interpretationen und ggf. Reaktionen der Muslime sind nachvollziehbar: Ist die Pandemie eine Strafe, soll man ihr gegenüber anders handeln, als man gegenüber einer Barmherzigkeit handeln würde. Für die Hermeneutik zu COVID-19 und dessen Folgen für die Glaubensgemeinschaften bzw. deren Reaktionen waren zwei Punkte zentral: 1. Diese – teilweise entgegengesetzten – prophetischen Überlieferungen zu „Pest“ und 2. der Umgang der Prophetengefährten mit der Pest von ‘*Ammwās* – *Emmaus*.²⁵ Dem zweitgenannten Bericht gilt vor allem besonderes Augenmerk, weil an dem

20 Ein Kriechtief, von dem man glaubte, dass es den Menschen in die Eigenweide beißt, wenn er Hunger spürt; van Ess fragt sich, ob damit der Bandwurm gemeint ist, vgl. van Ess, *Der Fehltritt des Gelehrten*, 296.

21 Uhu, sein Ruf soll einen Tod oder Unglück ankündigen, vgl. van Ess, *Der Fehltritt des Gelehrten*, 296.

22 Vgl. Muḥammad bin Ġarīr at-Ṭabarī, *tahzīb al-aṭār wa tafṣīl at-ṭābit ‘an rasūl Allah min al-aḥbār*, Bd. 1, 3 ff.

23 Vgl. Muḥammad bin Ġarīr at-Ṭabarī, *tahzīb al-aṭār wa tafṣīl at-ṭābit ‘an rasūl Allah min al-aḥbār*. Bd. 1, 7. Eine weitere Überlieferung beschreibt solches Verhalten als eines aus der vorislamischen Zeit „*ḡāhīliya*“, vgl. Muḥammad bin Ġarīr at-Ṭabarī, *tahzīb al-aṭār wa tafṣīl at-ṭābit ‘an rasūl Allah min al-aḥbār*. Bd. 1, 8 ff. Insgesamt führt at-Ṭabarī etwa 35 Versionen dieser Überlieferung an, vgl. Muḥammad bin Ġarīr at-Ṭabarī, *tahzīb al-aṭār wa tafṣīl at-ṭābit ‘an rasūl Allah min al-aḥbār*. Bd. 1, 4 ff.

24 Vgl. Muḥammad bin Ġarīr at-Ṭabarī, *tahzīb al-aṭār wa tafṣīl at-ṭābit ‘an rasūl Allah min al-aḥbār*. Bd. 1, 18 f. und 28.

25 Emmaus ist ein kleines Dorf in der Nähe von Jerusalem, nach dem die Pest benannt wurde, weil sie zuerst dort ausbrach. Ausführlich zu der Pest von Emmaus vgl. Ibn al-Aṭīr, *al-Kāmil fī at-tarīḥ*. Bd. 2, 399 ff.

Ereignis sowohl 'Ubaida ibn al-Ġarrāh wie auch 'Umar ibn al-Ḥaṭṭāb beteiligt waren. Beiden wurde schon zu Lebzeiten die zukünftige Aufnahme ins Paradies zugesprochen; zudem gilt der Erstgenannte als Vertrauenswürdiger der Umma (*amīn al-Umma*) und der Zweitgenannte ist die in der islamischen Geschichte am meisten für seinen *iġtihād* (Bemühungen um ein islamrechtliches Urteil für einen neuartigen Fall) bekannte Person. Darüber hinaus liegt der Zeitraum dieses Berichts so nah an der Lebenszeit des Propheten, dass weitere Gefährten daran beteiligt waren, darunter viele der namhaften Gefährten. Zum Dritten – und das ist sehr maßgebend – wird dort nicht von einer theoretischen Grundlage berichtet, die sich bei der Umsetzung möglicherweise nicht bewähren kann, sondern von einer konkreten Praxiserfahrung, sodass ein direkter Analogieschluss naheliegt.

Die Pest von Emmaus war eine Beulenpest-Epidemie, die Syrien im Jahr 18 n. H., also etwa 638–639 heimsuchte. Als 'Umar die Gegend zum zweiten Mal besuchte, traf ihn an der Grenze u. a. Abū 'Ubaida ibn al-Ġarrāh in seiner Funktion als Heerführer außerhalb der verseuchten Gegend und berichtete ihm von der Pest. 'Umar hörte nach einer intensiven Beratung mit seinen Begleitern auf den Rat der „Weisen aus Qurayš“ und kehrte zurück. Aus diesem Bericht über eine praktische Erfahrung der Muslime in der Frühzeit mit der Seuche geht es hier hauptsächlich um die unterschiedlichen Interpretationen und Wahrnehmungen der Gefährten von der Pest von Emmaus im Jahr 638/39. In der Geschichte wird ersichtlich, dass große Gefährten wie 'Ubaida ibn al-Ġarrāh und Mu'āz ibn Ġabal die Interpretation vertraten, die Pest sei eine Barmherzigkeit Gottes und sie sich ggf. wünschten, dass die Pest (nach ihrem Verständnis Barmherzigkeit Gottes) ihnen zuteilwerden möge, also dass sie an der Seuche sterben würden, was auch geschah. Andererseits warnten – genauso große – Gefährten wie 'Umar ibn al-Ḥaṭṭāb und 'Amr ibn al-Āṣ die Muslime vor der Pest und forderten sie auf, sich in Sicherheit zu bringen und tendierten somit zu der ersten Interpretation. Er, 'Umar, forderte seine Begleitung – nach tiefer Diskussion und trotz lauter Proteste – auf, die verseuchte Gegend nicht zu betreten, und kehrte nach Medina zurück, als Abū 'Ubaida ihm außerhalb der Stadt begegnet war und von der Pest berichtet hatte. Der zweite Kalif nahm ungerührt die Kritik von 'Ubaida in Kauf, der ihm vorwarf, dass er vor dem Geschick Gottes fliehen wolle. Hierfür möchte ich folgende Episode anführen aus dem Dialog zwischen dem Kalifen 'Umar und dem Heerführer Abū 'Ubaida: „Da sagte Abū 'Ubaida zu ihm: ‚Willst du etwa fliehen vor Gottes Geschick?‘ ‚Ja‘, antwortete er [‘Umar], ‚ich fliehe vor Gottes Geschick zu Gottes Geschick. Wenn man in ein Tal hinabsteigt, das auf dem einen Hang fruchtbar, auf dem anderen aber dürr ist – da ist es doch auch so, daß jeder nach dem Geschicke Gottes (seine)

Herde weidet, sei er nun auf fruchtbarem oder auf dürem Boden.“²⁶ Wie ersichtlich, argumentiert ‘Umar sehr rational für seine Entscheidung, ohne die Religion aus dem Spiel zu lassen. ‘Amr ibn al-‘As, der später die Armeeführung übernahm, forderte die Menschen auf, sich in den Gebirgen zu verteilen, um den sozialen Kontakt zu reduzieren und somit die Verbreitung der Pest zu minimieren. Ein Schritt, der sich mit der heutigen Grenzen- und Zuzugssperre vergleichen lässt. Als der Kalif ‘Umar von der Reaktion von Ibn al-‘Āṣ erfuhr, soll er diese nicht kommentiert haben, was seine Zustimmung andeutet. Er ließ ihn sogar mit weiteren Soldaten verstärken, um nach Ägypten zu marschieren.

Die Hermeneutik der Pandemie im Spiegel der prophetischen Überlieferungen steht somit vor zwei Herausforderungen und kann sich in gewissem Maß von ihnen nicht befreien: Zum einen zog in der Diskussion die wörtliche Negation von Ansteckungsgefahr viel Aufmerksamkeit auf sich und lässt sich in der gelegentlich leichtfertigen Handhabung der Hygienemaßnahmen erkennen. Zum anderen kann die Klassifizierung der Pandemie als Gnade oder Strafe Gottes für eine religiöse Grenzziehung sorgen und zur Spaltung im sozialen Zusammenhalt führen in einer Zeit, wo eher die gegenseitige Unterstützung und das soziale Engagement für alle Gruppen gesichert sein sollten.²⁷ Die Wahrnehmung der Pandemie hängt somit stark von der persönlichen Religiosität und dem sozialen Status ab. Die Klassifikation der Verstorbenen im Zusammenhang mit der Pandemie als Märtyrer ist zwar seelsorglich für die Hinterbliebenen enorm wichtig, erschwerte zugleich eine entschlossene Reaktion auf die Pandemie (sowohl in der Geschichte wie auch im Fall von COVID-19 im Jahr 2020), denn welcher „Gläubige“ möchte die Stufe eines Märtyrers nicht erlangen, ohne in den Kampf ziehen zu müssen, oder zugespitzt gesagt, welcher Gläubige möchte nicht ins Paradies kommen? Dementsprechend bemühten sich viele Theologen um eine entsprechende Hermeneutik, die in der COVID-19-Pandemie eine Orientierung anbieten kann. Aṭ-Ṭabarī setzt sich in *taḥdīb al-aṭār* mit einer Fülle dieser Überlieferungen auseinander. Er versteht in diesen Überlieferungen keine Aberkennung der Ansteckungsgefahr, wie es auf den ersten Blick dem Wortlaut zu entnehmen ist, ebenso wenig stehen diese Überlieferungen im Widerspruch zu den anderen. Ihm zufolge sind diese Überlieferungen im Rahmen eines anderen

26 Aṭ-Ṭabarī, Muḥammad ibn Ġarīr, *Tarīḥ ar-rusul wal-mulūk*. Bd. 4, 61 ff.

27 Abdallah, Mahmoud, „Bei den Menschen sein“. Islamische Seelsorge und soziale Arbeit. Neudenken des Menschenbildes im Islam, in: *Jahrbuch für Islamische Theologie und Religionspädagogik (JIThR)* 5 (2016) 147–176; vgl. auch <https://www.feinschwarz.net/zum-zuckerfest/> [05.06.2021].

Paradigmas zu verstehen. Der Prophet möchte damit gegen die vorislamischen Sitten rebellieren und die Muslime davor warnen, aus Angst vor Ansteckung die kranken Menschen zu diskriminieren, sie pauschal zu meiden oder ihnen die Schuld an der Verbreitung einer Krankheit zu geben – eine ethische Haltung, die im Zusammenhang mit COVID-19 wieder an die Oberfläche kam. Ebenso lehnt der Prophet damit die verbreitete Einstellung des damaligen Kontextes ab, dass manches Pech bringen kann: „Der Prophet will klarmachen, wie sehr (all) das, wozu die heidnischen Araber (*abl al-ġāhiliyya*) sich gegenseitig rieten, unnützlich ist: Ihre Angst vor schlechten Vorzeichen (*taṭāyūr*) ebenso wie ihre Scheu, sich in die Gesellschaft von Kranken zu begeben, weil sie sich sonst beim gemeinsamen Essen und Trinken oder beim geselligen Zusammensein oder anderen Gelegenheiten anstecken könnten.“²⁸ Zudem sieht aṭ-Ṭabarī in diesen Überlieferungen keine wörtliche Pflicht, sondern ein pädagogisches und sozio-theologisches Konzept. Dieses sollte zeigen, dass nämlich nicht alles, was der Prophet befiehlt, als Pflicht gilt und umgekehrt. Er befiehlt Dinge und lässt diese später selbst ausfallen, um den Muslimen zu verstehen zu geben, dass diese nur als empfehlenswerte Handlungen zu verstehen sind. Andererseits verbietet er einiges, ohne diesen Dingen den Rang einer verbotenen Handlung zu geben; deren Vermeiden gilt lediglich als gute Moral oder als eine hohe Stufe der Gottesfurcht (*tanẓīh*). Das Verbot sowie die Verneinung von Ansteckungsgefahr in den Überlieferungen sind somit als Bewältigungsstrategien zu verstehen, welche die Autonomie und Teilhabe der Menschen gleichermaßen fördern. Der Prophet möchte die gute Stimmung und das Füreinander in der Gesellschaft aufrechterhalten und somit die Resilienz in Zeiten von Leid und Krankheit stärken. Über medizinbedingte Maßnahmen berichtet die Literatur somit nichts unmittelbar.

Für die Hermeneutik der Pandemie wäre es daher geboten, nicht unbedingt von der Literatur auszugehen und diese für den Alltag zu vergegenwärtigen, sondern von den Praxiserfahrungen. Dies bedeutet, dass wir nicht von der Theorie auf die Praxis blicken, sondern aus der Praxis heraus die Theorie/den Text reflektieren. In diesem Sinne wäre der Fokus nicht unbedingt auf die Literatur zur Pandemie allein gerichtet, sondern auf die prophetische Erfahrung. Stimmt man dieser Überlegung zu, liegt es nahe, warum ich das Jahr 2020 als ein „Jahr des Kammers“ (*‘ām al-ḥuzn*) bezeichnen möchte. Im Jahr 619 verlor der Prophet seinen geliebten Onkel Abū Ṭālib und seine Frau Ḥadīġa, die für ihn große (soziale, gesellschaftli-

28 Vgl. Muḥammad ibn Ġarīr aṭ-Ṭabarī, *tahẓīb al-aṭār wa tafṣīl aṭ-ṭābit ‘an rasūl Allāh min al-aḥbār*. Bd. 1, 16. (übers. von van Ess, *Der Fehltritt des Gelehrten*, 397).

che und finanzielle) Stützen waren. Er war derart betroffen, dass dieses Jahr in die Geschichte als das Jahr des Kammers ('*ām al-ḥuzn*) einging. Ähnlich ging es vielen Menschen im Jahr 2020. In diesem Jahr haben auch viele Menschen wichtige Personen in ihrem Familien- und Freundeskreis verloren, sodass man mit Recht dieses Jahr als '*ām al-ḥuzn*' beschreiben kann. Wie der Prophet mit seinem Leid und seinen Verlusten umging, mag neue Ansätze zur Hermeneutik der Pandemie anbieten. In diesem Sinne können die Geschichte von Emmaus und die angeführte Auseinandersetzung zwischen dem Kalifen und dem Heerbefehlshaber so ausgelegt werden, dass wir ausbalancierte Machtgefüge haben sollten, und dass diejenigen, die Macht haben, auch in Pandemie-Entscheidungen kontrolliert werden können sollten.

2. „Gewiß, mit der Erschwernis geht Erleichterung einher“ (Sure 94:6): Der Glaube als Trost in der Krisenzeit

Bei der Frage, ob Covid-19 als Gnade für Gläubige und Disruption für Ungläubige oder aber als eine Herausforderung für Medizin, Politik und Gesellschaft wahrgenommen wird, dreht sich der hermeneutische Zirkel im Bereich des Glaubens. Die unterschiedlichen Interpretationen sind die Folge unterschiedlicher Methoden der Erforschung und Betrachtungsweise von Naturphänomenen; andererseits spiegeln sie die muslimische Rezeption ihrer Gelehrsamkeit und Literatur sowie das verbreitete Gottes- und Menschenbild.²⁹ Betrachtet man die Pandemie als Naturkatastrophe und zieht die Kenntnisse auf dem Gebiet der Medizin zu ihrer Wahrnehmung heran, unterstützt man die gesellschaftlichen Maßnahmen und Reaktionen von Politik und Gesundheitsbehörden. Diese Maßnahmen dienen letztendlich dem Schutz des menschlichen Lebens, dessen Schutz als das wichtigste der Ziele der Scharia (*maqāṣid aš-šarī'a*) gilt. Betrachtet man diese profane Position als Missachtung der Tradition und stuft die Pandemie als Thema der *sam 'iyāt* (verborgene Dinge, die wir nur von der Überlieferung erfahren, wie Tod, Jenseits usw.) ein und beruft sich bei deren Interpretation ausschließlich auf die Überlieferung, entsteht die Überzeugung, die Pandemie als Gnade für Gläubige und Zorn für

29 Vgl. ar-Rāğb al-Ašfahānī, Abū al-Qāsim al-Ḥusain ibn Muḥammad, *Tafṣil anaš' tin wa taḥṣil as-sa'ādātīn*,; und van Ess, [III. Gottesbild und islamische Mystik, Menschenbild und Gesellschaft] *Islamische Perspektiven*, in: Küng u. a. (Hg): *Christentum und Weltreligionen. Hinführung zum Dialog mit Islam, Hinduismus und Buddhismus*, 119–136.

Ungläubige zu verstehen, in der es die Zeichen Gottes zu erkennen gilt. Beide Interpretationen erscheinen legitim, die eine rechtfertigt sich mit viel hermeneutischem Geschick, die andere ohne jegliche Rücksicht auf die kontextuellen Bedingungen und ohne Einbezug der neuen Kenntnisse der Naturwissenschaften durch eine wörtliche Interpretation der relevanten Überlieferungen, welche die Pandemie für Ungläubige als Peinigung und als schmerzhaft Berührung durch einen Dschinn (*wahz al-ğinn*) und für Gläubige als Barmherzigkeit Gottes beschreiben.³⁰ So entbrannte eine Diskussion über die Deutung von COVID-19 und die Mittel zu seiner Bekämpfung, die bis heute anhält. Ist in der Pandemie eine Gewalt zu sehen, die bekämpft werden soll, oder ist COVID-19 als Ausdruck der Allmacht Gottes zu bewundern und die Standhaftigkeit, die vom Menschen erwartet wird, als Hinweis auf seine ursprüngliche Schwäche als Geschöpf zu interpretieren, die auf die Barmherzigkeit Gottes angewiesen ist, welche sich selbst in der Pest manifestiert?³¹

Die Unentschiedenheit in der Diskussion über COVID-19 hat zudem mit dem islamischen Verständnis von der Berufung des Menschen zu tun. Im Islam weist die Welt in all ihren Details – einschließlich der Naturkatastrophen – auf den Schöpfer hin, der unsichtbar ist. Daher gingen Muslime, wie oben gezeigt, in ihrer Wahrnehmung von COVID-19 am Anfang unterschiedliche Wege. Manche sahen in der Seuche ein Zeichen der Barmherzigkeit Gottes, andere sahen darin ein Zeichen Seines Zorns. Beide Positionen führten zum Nachdenken über die Zeichen Gottes, das Befolgen der von Ihm offenbarten Wahrheiten und die Unterwerfung unter Seinen Befehl. In seiner Illustration des Elements „Luft“ beschreibt al-Qazwīnī, wie sich Wolken bewegen und wie sich Bäume und Gräser biegen, wenn sie die unsichtbare Kraft des Windes erfahren. Diese „Unterwerfung“ soll ihnen Glück, Heil und innere Ruhe sichern – in unserer theologischen Sprache: die Barmherzigkeit und Gnade Gottes. Als Gläubige, die die COVID-19-Pandemie durchleben, mussten auch wir uns unterordnen und auf Umstände, die von einer Gewalt herrühren und eine bestimmte unsichtbare Gewalt beweisen, reagieren. Wir nutzten unsere von Gott gegebenen Fähigkeiten im Rahmen der von Gott gesetzten natürlichen

30 Als im 18. Jahrhundert die Pest im östlichen Gebiet des islamischen Reiches verbreitet war, lehnte der Sultan der Alawiden in Marokko Muhammad ibn Sulaiman (1760–1822) die Empfehlung der Experten zur Schließung der Grenzen und Einweisung der marokkanischen Pilger in die Quarantäne ab. Er schloss sich der Meinung einiger Gelehrter an, die in der Pest eine Prüfung und Gnade Gottes sahen.

31 Vgl. van Ess, *Der Fehltritt des Gelehrten*, 6.

Grenzen zum Schutz des Menschen als Krone und Ziel der Schöpfung. Wir entwickelten zugleich Methoden und Konzepte, um die spirituelle Dimension und Praxis des Menschen aufrechtzuerhalten, denn dort erfährt der Mensch den Geist und das Zeichen Gottes wie nirgendwo sonst.

Für den muslimischen Glauben bedeutet COVID-19 mehr als eine zu bekämpfende Pandemie, sie bedeutet vielmehr einen Anlass zur Hoffnung in und auf Gott sowie zum Vertrauen in Seine Barmherzigkeit. Unabhängig davon jedoch, wie sie wahrgenommen wird, stellt COVID-19 den Glauben auf den Prüfstand und fordert zum Reflektieren über das eigene Glaubensverständnis auf, weil dieses mit unmittelbarem Handeln in Verbindung steht: Gilt die Pandemie als Barmherzigkeit Gottes, dürfen Muslime versuchen, aus „der Barmherzigkeit Gottes“ zu fliehen oder mit der Schließung der Moscheen reagieren? Darf man die Gemeinschaftsgebete meiden, um die rapide Virusverbreitung zu verlangsamen, und wie stehen dabei die eigene Freiheit und das Vorherbestimmungsverständnis zueinander? Und was bedeutet das für Individuum und Gemeinschaft? Diese Fragen zeigen u. a., dass der Glaube an eine höhere Transzendenz die Menschen unbewusst begleitet und in der Wahrnehmung und Bekämpfung der Pandemie ins Zentrum rückt. Dementsprechend lässt sich resümieren: Die äußere Distanz des „Social distancing“ wird in der Pandemiezeit in innere Nähe zu Gott übersetzt. Die Pandemie wird nicht nur im Spiegel der Heiligen Schrift interpretiert, sondern auch mit deren Hilfe bekämpft. Die Pandemie hat gezeigt, wie der Religion, eigenem Glaubensverständnis, persönlicher Überzeugung und gesellschaftlich-ethischen Werten eine wichtige Rolle in der Wahrnehmung und Bewältigung von Leid und Krankheiten zukommt.

3. Mitten in der Pandemie die Mitte finden: Der Mensch zwischen sozialen Einschränkungen und gemeinschaftlichen spirituellen Bedürfnissen

COVID-19 hat nicht nur bewiesen, wie der Religion eine wichtige Rolle in der Hermeneutik und Wahrnehmung von Pandemie(n) zukommt, wie der Mensch trotz allen Fortschritts und aller Modernität schwach, verletzlich und sozial auf Mitmenschen angewiesen bleibt, wie unerfüllte Spiritualität und fehlendes Gemeinschaftserlebnis die Gesundheit beeinträchtigen oder wie die Glaubensgemeinschaften eine wichtige Verantwortung in der Zeit der Notlage übernehmen können. Die Pandemie hat unsere Wahrnehmung, unsere „Selbstverständlichkeiten“ und „Prioritäten“ im Leben neu sortiert und eine Reihe an Fragen normativer, ethischer wie theologischer Natur aufgeworfen, die eine tiefgründige Diskussion in der islamischen

Theologie anstoßen werden. Zudem sorgte die Pandemie dafür, dass die Religion in den öffentlichen Raum zurückkehrt, indem man zum einem durch das Aussetzen von Gemeinschaftsgebeten diese zu schätzen lernte. Zum anderen wurden Debatten, die ansonsten nur von der Elite und von Fachexperten geführt werden, wie etwa die medizinethische Problematik der Triage, Biomedizin oder Ethik der Pandemie, hybride Ausgestaltung von Ritualen und Kontakt zu den Eltern usw., nun zu Alltagsthemen. Diese menschlichen und spirituellen Bedürfnisse haben viele Glaubensgemeinschaften erkannt und sie versuchten, diese Lücke in und trotz der Pandemie zu schließen.³² Muslimische Imame und Führungspersonen mussten sich beteiligen und eine Art „virtuelle Moschee“ gründen, nachdem die Idee bis vor kurzem stark in der Kritik stand. In meinem Beitrag „When a Crisis Empties Mosques“ habe ich unterschiedliche Angebote der Moscheegemeinden dargestellt und anhand des Modells von Charles Y. Glock analysiert.³³ Dort habe ich gezeigt, wie die Glaubensgemeinschaften in ihrer Reaktion auf die Pandemie die Mitte zu bewahren versuchten: weder komplette Einstellung der sozialen und spirituellen Angebote noch medizinische Gefährdung des Gemeinwohls durch Präsenzangebote. Sie konnten mit ihren virtuellen Angeboten auch Zielgruppen erreichen, die gerade wegen und während der Pandemie an Isolation litten und deren spirituelle Bedürfnisse sonst unerfüllt geblieben wären. Das mag auch daran liegen, dass viele wegen der Pandemie nach dem Sinn des Lebens zu suchen anfangen und eine Antwort in der Religion suchten. So bilden seit Beginn des Jahres 2021 die Frage der Vergänglichkeit des Menschen und der Gerechtigkeit Gottes, also die Frage, ob die Pandemie eine Strafe Gottes sei und ob der Mensch an dieser mitgewirkt habe, den Kern vieler Seelsorgegespräche.³⁴ Yasemin Karakaşoğlu-Aydın beschreibt – in Anlehnung

32 Vgl. Mediendienst: Moscheen bauen ihre Online-Angebote aus, in: <https://mediendienst-integration.de/artikel/moscheen-bauen-ihre-online-angebote-aus.html> [08.03.2021]; <http://www.habous.gov.ma/index.php> [08.03.2021].

33 Vgl. Abdallah, Mahmoud, *When a Crisis Empties Mosques. A Case study of Muslim responses in Germany and Austria to the Pandemic challenges in Pastoral care and communal rituals* (im Druck). Zu dem Modell von Glock vgl. Charles Y. Glock, *Über die Dimensionen der Religiosität*, in: Matthes (Hg.): *Kirche und Gesellschaft* (Einführung in die Religionssoziologie 2) (Rowohlts deutsche Enzyklopädie 312/313. Sachgebiet Soziologie), 150–168.

34 Für die Islamische Seelsorge stellt die Pandemie eine besondere Herausforderung dar, weil sie zum einen mehrheitlich auf ehrenamtlicher Basis funktioniert, zum anderen sie noch ihr eigenes Profil und ihre Konzepte herausarbeiten muss. Vgl. Abdallah, Mahmoud, *Seelsorge aus islamischer Perspektive*, in: Pohl-Patalong/Lüdtke (Hg.): *Seelsorge im Plural. Ansätze und Perspektiven für die Praxis*

an Glocks Modell – vier Dimensionen der muslimischen Religiosität. Der Dimension der religiösen Erfahrung ordnet sie den Bereich der religiösen „Gemütsbewegungen wie Furcht, Verzückung, Demut, Glücksgefühl, seelischer Frieden, Zuversicht, Vertrauen, *Gemeinschaftserlebnis*, leidenschaftliche Vereinigung mit dem Göttlichen etc.“ zu.³⁵ Ich stelle in meinem Beitrag fest, dass viele Inhalte der untersuchten virtuellen Angebote als Reaktion auf COVID-19 seelischen Frieden, Glücksgefühl, Vertrauen stärken wollen und das Gemeinschaftserlebnis – trotz Abstands und sozialer Isolation – erfahrbar zu machen versuchen. Die Angebote streben an, eine Balance zwischen Individuum und Gemeinschaft zu halten, die Verantwortung und Resilienz des Menschen durch Spiritualität zu stärken, ohne die Maßnahmen der Gesellschaft, Medizin und Politik infrage zu stellen. Es wird erkenntlich, dass es wenig zielführend ist, nach der Intention Gottes zu fragen, es bleibt auch fraglich, ob wir Seine Intention überhaupt herausfinden können. Für die Überlegung, ob wir es in einer Situation mit dem Zorn oder der Barmherzigkeit Gottes zu tun haben, müssten diese beiden Vorstellungen noch näher bestimmt werden. Und diese Definition bleibt relativ und subjektiv; was für die eine Person als Barmherzigkeit erscheint, ist für eine andere eine Strafe und umgekehrt.³⁶ Hilfreich wäre es hier, nach dem Handeln und der Intention des Menschen in seinem Umgang mit der Pandemie zu fragen – oder anders gesagt: Wie kann der Mensch mitten in der Pandemie die Mitte bewahren?

[2., völlig neu bearb. Aufl.], 294–305, und Abdallah, Mahmoud, Concept of birr as a Theological Basis of Pastoral Care. A New Approach to Establishing Islamic Pastoral Care and Social Work, in: Nuri Tinaz, Ali Ayten u. a. (Hg.), *Spiritual Counselling and Care in Health and Prison Services. Diverse Experiences & Practices*, 203–218.

- 35 Yasemin Karakaşoğlu-Aydın, *Muslimische Religiosität und Erziehungsvorstellungen. Eine empirische Untersuchung zu Orientierungen bei türkischen Lehramts- und Pädagogik-Studentinnen in Deutschland (Interdisziplinäre Studien zum Verhältnis von Migrationen, Ethnizität und gesellschaftlicher Multikulturalität 12)*, 125 (Hervorhebung von mir).
- 36 Ednan Aslan zeigt in seiner Auseinandersetzung mit dem Guten und Bösen im Islam anschaulich, wie dasselbe Ereignis für eine Person als Glück, für die andere als Pech interpretiert werden kann. Vgl. Ednan Aslan, *Sündenfall und Überwindung des Bösen und des Leidens im Islam*, in: Koslowski, Peter (Hg.), *Ursprung und Überwindung des Bösen und des Leidens in den Weltreligionen (Diskurs der Weltreligionen 2)*, 31–62.

4. Theologische Reflexion und Ausblick

1. Das Coronavirus SARS-CoV-2 hat den Menschen ihre Verletzlichkeit und Schwäche vor Augen geführt und ihre Lebenslagen so geändert, dass eine Rückkehr zu der Zeit vor der Pandemie für viele Menschen als frommer Wunsch erscheint. D. h. soziale Isolation, wirtschaftliche Verluste sowie unerfüllte spirituelle Bedürfnisse können noch eine Weile konkrete Erfahrungen bleiben, zumindest bis ausreichende Gegenmittel entwickelt worden sind.
2. Die Corona-Krise hat eine Reihe von Debatten zu theologischen Themen und deren Verortung in der modernen Gesellschaft angestoßen. Sie zeigte, dass es an der Zeit ist, mit dem Nach- und Neudenken darüber anzufangen, was der Umgang mit einem neuen Kontext und neuen Herausforderungen über unsere Religiosität, die Belastbarkeit unserer Werte, unsere theologische Bildung und unsere theologisch-rechtlichen Normen verrät.
3. Die Pandemie hat gezeigt, welche Rolle, Aufgaben und Verantwortung den Gemeinden zukommen, in schwierigen Zeiten für das Wohlergehen ihrer Mitglieder zu sorgen. Eine reduzierte Sicht der Moscheen und Kirchen auf ihre oberflächliche Funktion als Gebetsräume ist somit unangemessen und steht ihrer Wahrnehmung als gesellschaftlicher Partner entgegen.
4. Die Pandemie hat einen Bildungsanschub bewirkt und aus Eliten- bzw. Expertenthemen eine allgemeine Diskussion entfaltet. Themen wie die Ethik der Pandemie, Anspruch auf Behandlung, Abweisung älterer Kranker bzw. Triage usw. sind keine exklusiven Diskurse von Gelehrten mehr, sondern zu Alltagsthemen geworden. Islamische Gemeinschaften können und sollen daran anknüpfen und Bildungsprogramme für Erwachsene in Form von „Erwachsenenbildung“ entwerfen.
5. Imame und religiöse Führungspersonen müssen sich zukünftig mit virtueller Kommunikation vertraut machen, die klassische Form der Kommunikation wird bleiben, muss jedoch durch andere Wege Ergänzung finden. Dies ist nicht nur deswegen wichtig, um die junge Generation zu erreichen, wie bisher gedacht wurde, sondern um überhaupt wahrgenommen zu werden. Für die Islamische Seelsorge wird dann die Frage zu klären sein, ob ein Telefonat oder Kontakt über WhatsApp, Skype, FaceTime, Messenger oder ähnliche technische Möglichkeiten unserer Zeit den persönlichen Besuch bei den Gläubigen annähernd gleichwertig ersetzen können. Der direkte persönliche Kontakt bleibt wohl gemerkt unersetzbar. In Deutschland machen wir momentan virtuelle Besichtigungen der Gotteshäuser in den interreligiösen Semina-

ren. Die Sehnsucht nach dem persönlichen Kontakt war – trotz sehr positiven Feedbacks zu virtuellen Besichtigungen – deutlich erkennbar.

6. Für muslimische Imame und geistliche Führungspersonen bedeutet das aber eine neue Arbeitsmethode, mit der sie den Umgang erlernen, und ein neues Terrain, das sie betreten müssen. Sie mussten sich daran beteiligen, um ihren Mitgliedern zumindest seelsorglich zur Seite stehen zu können. Ebenso wie die Zusammensetzung der muslimischen Gemeinden divers ist, sind es auch die Reaktionen.³⁷ Er war wenig überraschend, wie zahl- und facettenreich – teils gegensätzliche – Meinungen im Netz kursierten. Die Idee der „virtuellen Moschee“ wird Realität, nachdem sie bis vor kurzem noch als Verrat an der Religion betrachtet wurde. Ein Gedanke, der, wenn er sich etabliert, nicht nur die klassischen Moscheen als überflüssig erscheinen lässt oder bestenfalls in soziale Freizeitvereine umwandeln könnte, sondern die Debatte in Europa über „importierte“ Imame neu anstoßen wird – und die Rolle der islamischen Theologie in Europa insgesamt vor Herausforderungen stellt.

Wir können diese Situation und diese Erfahrungen so übersetzen, dass sich aus dem Fluss an theologischen Meinungen maßgebliche Stimmen entwickeln, die eine Re- und Neuinterpretation des Religiösen aufrechterhalten und fortsetzen. Insofern haben wir es gerade mit einer gewaltigen Herausforderung für die Gesellschaft, die Glaubensgemeinschaften und die Theologie zu tun – aber die dadurch entstandene Lebendigkeit wiederum ist ein positives Zeichen und ein erfreulicher Aspekt in dieser schwierigen Zeit.

37 Für die Zusammensetzung der muslimischen Gemeinden in Deutschland vgl. Pfündel et al., *Muslimisches Leben in Deutschland 2020*. Studie im Auftrag der Deutschen Islam Konferenz. Hg. von Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) – Forschungszentrum Migration, Integration und Asyl (FZ) (Forschungsbericht 38).

Literatur

- Abdallah, Mahmoud: „Bei den Menschen sein“. Islamische Seelsorge und soziale Arbeit. Neudenken des Menschenbildes im Islam, in: Jahrbuch für Islamische Theologie und Religionspädagogik (JIThR) 5 (2016) 147–176.
- Abdallah, Mahmoud: Concept of *birr* as a Theological Basis of Pastoral Care. A New Approach to Establishing Islamic Pastoral Care and Social Work, in: Tinaz, Nuri/Ayten, Ali/Zengin, Mahmut/Eksi, (Hg.): Spiritual Counselling and Care in Health and Prison Services. Diverse Experiences & Practices, Istanbul: 2020, 203–218.
- Abdallah, Mahmoud: Seelsorge aus islamischer Perspektive, in: Pohl-Patalong, Uta/Lüdtke, Antonia (Hg.): Seelsorge im Plural. Ansätze und Perspektiven für die Praxis. 2., völlig neu bearb. Aufl., Berlin: 2019, 294–305.
- Abdallah, Mahmoud: When a Crisis Empties Mosques. A Case study of Muslim responses in Germany and Austria to the Pandemic challenges in Pastoral care and communal rituals (im Druck).
- al-‘Asqalānī, Ibn Ḥaǧar, Baḍl al-mā‘ūn fi faḍl aṭ-ṭā‘ūn, (Hg.): Aḥmad al-Kātib, Riad (ohne Jahr).
- al-Buḥārī, Muḥammad Ibn Ismā‘īl al-Buḥārī, al-Ġāmi‘ aṣ-ṣaḥīḥ, Kairo: 2000.
- al-Ghumārī, Ahmad ibn Muhammad ibn Siddīq: al-Iqnā‘ bi-ṣiḥḥat ṣalāt al-jum‘a fi al-manzil ḫalfa al-midhyā‘, Tétouan: 1375 n. Hiǧra/ 1953.
- al-Mawārdī, Abū al-Ḥasan, an-Nikt wa al-‘uyūn, (Hg.): as-Sayed ibn ‘Abdu-l-Maqsūd, Beirut (ohne Jahr).
- al-Qazwīnī, Zakarīa ibn Muḥammad ibn Maḥmūd, ‘Aǧāyib al-maḥlūqāt wa ġarāyib al-mauǧūdāt, (Hg.): Muḥammad ibn Yusūf al-Qāḍī, Kairo: 2006.
- ar-Rāǧb al-Aṣfahānī, Abū al-Qāsim al-Ḥusain ibn Muḥammad: Tafṣīl an-naṣ‘tīn wa taḥṣīl as-sa‘ādatīn, Beirut: 1983.
- Aslan, Ednan: Sündenfall und Überwindung des Bösen und des Leidens im Islam, in: Koslowski, Peter (Hg.): Ursprung und Überwindung des Bösen und des Leidens in den Weltreligionen, München: 2001 (Diskurs der Weltreligionen 2), 31–62.
- aṭ-Ṭabarī, Muḥammad ibn Ġarīr: Ġāmi‘ al-bayān ‘an ta’wīl ‘āy al-Qur’ān. (Hg.): Aḥmad Šākir, Kairo: 2000.
- aṭ-Ṭabarī, Muḥammad ibn Ġarīr: Tahzīb al-aṭār wa tafṣīl aṭ-ṭābit ‘an rasūl Allah min al-aḥbār, Kairo: 1982.
- aṭ-Ṭabarī, Muḥammad ibn Ġarīr: Tarīḥ ar-rusul wal-mulūk (Tarīḥ aṭ-Ṭabarī), Beirut: 1387 n. H.
- Bubenheim, Frank/Elyas, Nadeem: Der edle Qur’ān und die Übersetzung seiner Bedeutungen in die deutsche Sprache. Medina 2004 [u. ö.].
- Ess, Josef van: [III. Gottesbild und islamische Mystik, Menschenbild und Gesellschaft] Islamische Perspektiven, in: Hans Küng/Josef van Ess/Heinrich von Stietencron/ Heinz Bechert (Hg.): Christentum und Weltreligionen. Hinführung zum Dialog mit Islam, Hinduismus und Buddhismus, München/Zürich: 1984, 119–136.

- Ess, Josef van: Der Fehltritt des Gelehrten. Die „Pest von Emmaus“ und ihre theologischen Nachspiele, Heidelberg: 2001 (Schriften der Philosophisch-Historischen Klasse der Heidelberger Akademie der Wissenschaften, Supplemente 13).
- Glock, Charles Y.: Über die Dimensionen der Religiosität., in: Matthes, Joachim M. (Hg.): Kirche und Gesellschaft, Reinbek bei Hamburg: 1969 (Einführung in die Religionssoziologie 2), 150–168.
- Ibn ‘Abbās, Tafsīr b. ‘Abbās, (Hg.): Aḥmad al-‘Amrī, Kairo: 2010.
- Ibn al-Aṭīr: al-Kāmil fi at-tārīḥ, Beirut: 1987.
- Ibn Anas, Mālik, Muwaṭa’ (Hg.): Baššār ‘Awwād Ma’rūf und Maḥmūd Ḥalīl, Kairo; 1412 n. H./ 1953.
- Ibn Ḥanbal, Aḥmad, Musnad Aḥmad (Hg.): as-Sayed Abū al-Ma‘āṭī an-Nūrī, Beirut: 1998.
- Karakaşoğlu-Aydın, Yasemin: Muslimische Religiosität und Erziehungsvorstellungen. Eine empirische Untersuchung zu Orientierungen bei türkischen Lehr- amts- und Pädagogik-Studentinnen in Deutschland, Frankfurt am Main: 2000 (Interdisziplinäre Studien zum Verhältnis von Migrationen, Ethnizität und gesellschaftlicher Multikulturalität 12).
- Leven, Karl-Heinz: Seuchen. Eine Geschichte von der Antike bis zur Gegenwart, Wien/Köln/Weimar: 2021.
- Paret, Rudi: Der Koran, Übersetzung, Kommentar und Konkordanz. 8., veränd. Aufl., Stuttgart: 2001 [112010].
- Pfündel, Katrin/Stichs, Anja/Tanis, Kerstin: Muslimisches Leben in Deutschland 2020. Studie im Auftrag der Deutschen Islam Konferenz. Hg. von Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) – Forschungszentrum Migration, Integration und Asyl (FZ), Nürnberg: 2021 (Forschungsbericht 38).

Links

- <https://mediendienst-integration.de/artikel/moscheen-bauen-ihre-online-an-gebote-aus.html> [08.03.2021].
- <http://www.habous.gov.ma/index.php> [08.03.2021].
- <https://www.feinschwarz.net/ramadan-ohne-ramadan-wenn-eine-krise-die-moscheen-leert/> [05.06.2021].
- <https://www.feinschwarz.net/zum-zuckerfest/> [05.06.2021].

IV. Erfahrungen im Gespräch

Herausforderungen an eine Universität

Hellmut Samonigg, befragt von Wolfgang Kröll

Kröll: *Sehr geehrter Herr Rektor! Vielen Dank, dass Du Dir trotz der Belastung durch den Beruf und der Herausforderung durch die Corona-Pandemie Zeit genommen und dem Interview zugestimmt hast. Wie hast Du bzw. wie hat Deine Familie die Zeit der Pandemie, die Zeit der Lockdowns, die Zeit der sozialen Isolation, die Zeit der zahlreichen Einschränkungen erlebt? Ich hoffe, dass Du und Deine Angehörigen auch gesund durch diese Krisenzeit gekommen sind. Bist Du bereits geimpft und falls ja: Wie hast Du die Impfung vertragen? Sind irgendwelche Nebenwirkungen, die wiederum per se zu persönlichen Einschränkungen geführt haben, aufgetreten?*

Samonigg: Da ich Mitglied der Klinikumsleitung bin, wurde ich auch bereits im ersten Quartal 2021 geimpft; ich wurde mit einem Impfstoff von Pfizer geimpft und habe beide Impfungen auch sehr gut vertragen; ich bin sogar mehr oder weniger unmittelbar nach der Impfung zum Schifahren gefahren; dort litt ich dann am darauffolgenden Tag an einem Schnupfen; aber nicht als Nebenwirkung des Impfstoffes, sondern weil die Liftanlage ausgefallen ist und ich etwa 45 Minuten bei minus 15 Grad Celsius am Lift festgesessen bin. Ich bin überzeugt, dass dieser Schnupfen nichts mit der Impfung zu tun hatte. Nach der zweiten Impfung war ich dann nicht mehr so forsch und es sind danach überhaupt keine Symptome aufgetreten.

Ich bin über diese gesamte Phase der Pandemie sehr gut hinweggekommen, aber es war für mich persönlich auch wichtig, dass ich jeden Tag in mein Büro gehen konnte und meine Arbeit, die ich eigentlich, zumindest zum größten Teil, auch im Home-Office hätte erledigen können, an meinem Arbeitsplatz an der *Medizinischen Universität Graz (MUG)* erledigen konnte. Das war für mich einfach psychologisch wichtig, dass ich hier an der MUG war.

Durch die Verordnungen der Bundesregierung wurden natürlich auch die Sozialkontakte eingeschränkt, aber das war für mich nicht von großer Bedeutung, da ich nicht jeden Abend in irgendein Restaurant gehe, sondern auch meine Zeit gerne im Kreise der Familie zu Hause verbringe. Aber irgendwann ist dann schon der Augenblick gekommen, wo ich auch

daran gedacht habe, dass es jetzt an der Zeit wäre in ein Restaurant zu gehen, um gemütlich mit Freunden und Bekannten zu speisen.

In meinem familiären Umfeld hat es keine Infektionen mit SARS-CoV2 gegeben; auch nicht bei uns im Rektorat, sehr wohl aber in den einzelnen Kliniken, aber dort waren diese Infektionen bei den Mitarbeitern, soweit ich darüber informiert bin, gut beherrschbar. Zusammenfassend kann man festhalten, dass die MUG und das LKH-Univ.-Klinikum sehr gut durch die Corona-Pandemie gekommen sind.

***Kröll:** Die Pandemie ist plötzlich über Europa hereingebrochen und hat uns alle mehr oder weniger überrascht und möglicherweise auch auf dem falschen Fuß getroffen. Die MUG war von einem auf den anderen Tag gefordert, einerseits die Ausbildung der Studierenden – gemeint sind Vorlesungen und Prüfungen – weiterhin und trotzdem zu gewährleisten, andererseits aber die entsprechenden Bestimmungen des Gesetzgebers zu beachten. Wie ist es Dir und Deinem Team dabei gegangen, dies alles in kürzester Zeit zu bewerkstelligen? War die MUG darauf vorbereitet?*

Samonigg: Dadurch, dass die MUG bereits seit vielen Jahren den virtuellen Campus (E-Learning) eingeführt hat, haben die Lehrenden, bis auf etwa 15 Prozent, bereits gute Erfahrung damit sammeln können. Das war natürlich sehr hilfreich, weil wir bereits in den ersten beiden Wochen nach Verhängung des Lockdowns auf dieses System umstellen und dieses auch erweitern konnten, sodass eben die meisten lehrenden Kollegen keinen Stress mit dieser Notwendigkeit, die Lerninhalte über diese Plattform weiterzugeben, hatten. Insgesamt wurde dieser Bereich des E-Learnings um das sechsfache gesteigert. Aus meiner derzeitigen Sicht wird ungefähr ein Anteil von 35 Prozent an E-Learning auch nach der Pandemie fester Bestandteil der Vermittlung von Lerninhalten an unserer Universität bleiben. Dass ein Teil, nämlich die bereits angesprochenen 15 Prozent, keine Erfahrung mit E-Learning hatten, wurde von den Studierenden natürlich sehr schnell wahrgenommen und sie haben sich darüber auch erheblich echauffiert.

Die Studierenden waren verpflichtet bei Präsenzveranstaltungen – und das hat während der Corona-Pandemie ca. 10–15 Prozent aller Lehrveranstaltungen ausgemacht, z. B. erforderlich durch die diversen klinischen Praktika – negative Antigentests vorzuweisen; das hat aber zu überhaupt keiner ablehnenden Haltung seitens der Studierenden geführt. Bei den Präsenzveranstaltungen des Univ.-Instituts für Anatomie waren sogar PCR-Tests verpflichtend; die Durchführung dieser Untersuchung hat die MUG selbst organisiert. Und auch diese Vorgaben sind von den Studieren-

den ohne negative Kommentare eingehalten worden und haben sich auch problemlos organisieren lassen.

An der MUG sind nicht nur ein hoher Prozentsatz der Mitarbeiter geimpft, sondern auch ein großer Teil unserer Studierenden; ich schätze, dass die Durchimpfungsrate bei Mitarbeiterinnen und Studierenden etwa bei 75 Prozent liegt. Ich tendiere aber dazu sowohl die nicht-geimpften Mitarbeiter als auch die nicht-geimpften Studierenden noch einmal zu motivieren sich auch impfen zu lassen. Und bei Neueinstellungen verlange ich, dass der neue Mitarbeiter bereits geimpft ist.

Ich bin grundsätzlich ein Befürworter der Impfpflicht, man hat es ja auch bei anderen Infektionserkrankungen und Pandemien, wie z. B. bei den Pocken, so gemacht und hatte es dann erreicht die Erkrankung in 15 Jahren vollständig bekämpfen zu können. Ob das bei SARS-CoV2 auch so sein wird, weiß ich natürlich nicht. Und selbstverständlich können Nebenwirkungen auftreten, aber im Vergleich zur Bedrohung der Welt durch das Corona-Virus sind diese Nebenwirkungen aus meiner Sicht zu akzeptieren.

***Kröll:** Betroffen von diesen Einschränkungen bzw. Änderungen des universitären Betriebes und des Studiums waren aber nicht nur die Vortragenden, betroffen davon waren in zumindest gleichem Ausmaß auch die Studierenden. Wie war die Akzeptanz dieser Gruppe hinsichtlich des Studiums mit veränderten und teilweise auch eingeschränkten Möglichkeiten? Hat sich auch hier eine Entwicklung hin zur größeren Akzeptanz dieser Notwendigkeiten gezeigt? Wie war die Zufriedenheit der Studierenden mit diesen Bedingungen und wie war die Zufriedenheit mit dem Lehr- und Prüfungsangebot aus der Distanz?*

Samonigg: Grundsätzlich sind sich auch die Studierenden darüber einig, dass zumindest ein Teil der Lehre auch in Zukunft als E-Learning abgehalten werden sollte. Aber natürlich wollen die Studierenden auch wieder den Präsenzunterricht. Und der muss auch wieder kommen, der ist bei einer medizinischen Universität nicht wegzudenken.

Bzgl. der Organisation der Lehre bilden die Universitäten seit Beginn der Corona-Pandemie eine Ausnahme; die Universitäten waren im Prinzip von den gesamten Regelungen, die Unterrichtsgestaltung betreffend, immer ausgenommen. Das hatte natürlich auch den Vorteil, dass die Universitäten ihr Vorgehen selbstbestimmt und mit Hausverstand regeln konnten. Diese Möglichkeit wurde auch von den meisten Rektoren der österreichischen Hochschulen und Universitäten sehr geschätzt; aber es hat natürlich auch Rektoren gegeben, die sich durch diese Ausnahmeregelung zu wenig geschützt gefühlt haben. Ich persönlich war über diese

Möglichkeit sehr froh, weil ich dadurch, den Bedürfnissen entsprechend, selbständig entscheiden konnte.

Und die Studierenden wussten dieses Vorgehen an unserer MUG auch zu schätzen; es sind zu keinem Zeitpunkt irgendwelche Beschwerden aufgetreten.

***Kröll:** Die Universität lebt ja auch aus der Teilnahme der wissenschaftlichen Mitarbeiter an Tagungen und Kongressen und der Präsentation von Ergebnissen der eigenen wissenschaftlichen Forschung. Wie haben es die Kolleginnen hingenommen, dass plötzlich Dienstreisen nicht mehr möglich waren, dass, falls überhaupt angeboten, Tagungen und Kongresse digital abgehalten worden sind und Präsentationen mehr oder weniger ohne Auditorium stattgefunden haben? Ist es jetzt den Mitarbeitern der MUG wieder erlaubt an Kongressen, sofern diese bereits in Präsenz angeboten werden, teilzunehmen? Bzw. ab wann denkst Du wird dies an der MUG möglich sein?*

Samonigg: Die Corona-Pandemie hat auch organisatorisch einiges innerhalb des Betriebsablaufes, auch meines eigenen Betriebsablaufes, verändert. Als Rektor war ich vor Ausbruch der Corona-Pandemie beruflich sehr viel unterwegs, in Österreich, aber auch im Ausland. Diese Dienstreisen sind nun von heute auf morgen weggefallen und es hat sich alles auf die digitale Kommunikation verlagert. Das hatte den Vorteil, dass ich nicht mehr so häufig unterwegs war, aber der Nachteil dieser digitalen Kommunikation war, dass sich eine Video-Konferenz an die nächste gereiht hatte und das war aus meiner Sicht wesentlich anstrengender als die diversen Dienstreisen. Denn trotz der teilweise langen Autofahrten gab es einen gewissen Erholungseffekt, der war nun plötzlich weg. Aber man muss dennoch positiv bemerken, dass die Effektivität dieser digitalen Kommunikation sehr zielführend war im Hinblick auf die Durchführung und Bearbeitung von Prozessen und man auf diese Art und Weise auch Prozesse viel schneller zum Abschluss bringen konnte.

Wie zu erwarten hat es natürlich das Bestreben einiger weniger Mitarbeiterinnen gegeben auch während der Lockdown-Phasen zu Seminaren und Kongressen, auch ins Ausland, zu reisen. Teilweise waren diese Wünsche irrational: So gab es Fälle, wo jemand zu einer wichtigen Projektbesprechung mit zwei anderen Teilnehmern aus europäischen Ländern unbedingt in die Schweiz reisen wollte; erst als ich nachweisen konnte, dass keiner der anderen beiden Projektmitarbeiter an dieser Veranstaltung teilnehmen wird und diese Veranstaltung bereits seit längerer Zeit abge sagt ist, war man dann vernünftig genug auf die Teilnahme zu verzichten.

Aber grundsätzlich waren die Mitarbeiterinnen so vernünftig, dass sie die Notwendigkeit an Seminaren, Symposien und Kongressen ausschließlich digital teilzunehmen eingesehen haben und sich auch an diese Anordnungen gehalten haben.

Ich selbst wundere mich ja, wie es den Veranstaltern von großen Kongressen mit internationaler Beteiligung gelungen ist, diese über die Bühne zu bringen; eine großartige Leistung, wenn man bedenkt, welche Schwierigkeiten bereits aufgetreten sind, wenn man diese Digitalisierung nur im kleinen Kreis durchführen wollte und musste.

Aber dennoch wird auch nicht alles digital möglich sein: Bewerbungsgespräche digital sind aus meiner Sicht insofern nicht möglich, weil man keinen richtigen Eindruck vom Bewerber erhält, wenn sich dieser nur über einen Bildschirm präsentiert. Das hat sich auch bei uns an der MUG gezeigt.

Kröll: *Die MUG lebt aber nicht nur von der Präsentation der eigenen wissenschaftlichen Ergebnisse, sondern die MUG lebt, wie jede andere Universität auch, von den Forschungsleistungen ihrer Mitarbeiter. Nun wurden zwar in der Ethikkommission zahlreiche Studien auch in der Zeit der Pandemie und der Lockdowns eingereicht, aber wie stand es mit der Durchführung dieser Studien? War es den Kolleginnen möglich trotz all der Einschränkungen diese geplanten klinischen Prüfungen durchzuführen? War es, und vor allem unter welchen Auflagen, möglich insbesondere ambulante Probanden in die Klinik einzuschleusen, um die geplanten Untersuchungen im Rahmen der Prüfungen vorzunehmen?*

Samonigg: Interessant zu bemerken ist, dass sich bei den Zielvereinbarungsgesprächen gezeigt hat, dass sich die Publikationstätigkeit der wissenschaftlichen Mitarbeiter durchgehend erhöht hat. Ich führe das darauf zurück, dass die Mitarbeiter einfach mehr Zeit zur Verfügung gehabt haben für die wissenschaftliche Tätigkeit, denn für viele wissenschaftliche Mitarbeiter ist die klinische Belastung weitgehend weggefallen bzw. hat sich auf nur wenige Gruppen an Mitarbeitern konzentriert: Zu nennen ist die Klinische Abteilung für Angiologie an der Univ.-Klinik für Innere Medizin, die eine eigene Station für COVID-19-Erkrankte zu betreuen hatte, zu nennen natürlich auch die Mitarbeiter jener klinischen Abteilungen, die COVID-19-Patienten auf Intensivstationen zu betreuen hatten, wie eben die Kolleginnen der Univ.-Klinik für Innere Medizin und der Univ.-Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin; auch die Klinische Abteilung für Onkologie und Palliativmedizin war sehr involviert in die Behandlung von COVID-19-Patienten; einerseits waren teilweise die Mitarbeiter infiziert, andererseits hatten sie auch viele Patienten zu versorgen,

die im Grunde alle als Risikopatienten zu qualifizieren waren und viele von diesen Patienten sind schließlich auch verstorben. Hingegen wurde in vielen anderen Univ.-Kliniken bzw. klinischen Abteilungen das Behandlungsangebot sehr drastisch reduziert und daher war es den wissenschaftlichen Mitarbeitern natürlich auch möglich vermehrt der wissenschaftlichen Tätigkeit nachzugehen.

Kröll: *Die Pandemie scheint langsam zu Ende zu gehen. Nun wurden an der MUG zahlreiche Neuerungen, bedingt durch die verordneten Einschränkungen des Lehr- und Forschungsbetriebes, installiert, die sich zumindest während dieses Zeitraumes sehr bewährt haben. In den Printmedien vom 3. Juni 2021 fordern die Studierenden, dass diese getroffenen Maßnahmen beibehalten werden. Wie siehst Du das und welche gesetzten Veränderungen werden an der MUG weiterhin für die Studierenden angeboten? Wie wirken sich diese Veränderungen im Lehr- und Forschungsbetrieb auf den Personalbedarf der wissenschaftlichen Mitarbeiter aus? Findest Du mit dem derzeitigen Stand an ärztlichen Vollzeitäquivalenten das Auslangen? Benötigst Du mehr wissenschaftliches Personal oder musst Du, bei Weiterbestand der eingeführten Neuerungen, sogar Mitarbeiter entlassen?*

Samonigg: Es wird einiges von dem, was die Corona-Pandemie gebracht hat, auch nach Ende der Pandemie weiterhin Bestand haben: Wenn auch nicht in vollem Umfang, so wird Distance-Learning weiterhin auf der MUG einen breiteren Raum einnehmen als bisher. Vergleichbares gilt auch für das Home-Office; aber auch da muss man Grenzen ziehen, denn es sind bereits die ersten Anfragen eingetroffen, die eine vertragliche Festlegung für zwei Tage Home-Office pro Woche anstreben; und da sollten dann noch Wunschtage, nämlich Montag und Freitag, berücksichtigt werden. Da muss ein Riegel vorgeschoben werden; ich kann mir einen Tag Home-Office für die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen vorstellen und der wird nach Rücksprache mit dem jeweiligen Abteilungsleiter vergeben werden.

Für die Belange der MUG haben wir ausreichend Mitarbeiter, auch trotz oder vielleicht gerade wegen der Neuerungen, die sich durch die Corona-Pandemie ergeben haben. Und da ja auch der medizinische Betrieb wieder voll im Gange ist besteht auch keine Notwendigkeit irgendeiner Mitarbeiter zu entlassen.

Kröll: *Sehr geehrter Herr Rektor! Vielen Dank für Deine Bereitschaft diese ausführlichen Fragen zu beantworten.*

Zur aktuellen Situation im Umgang mit der Corona-Pandemie in einer Universitätsklinik

Wolfgang Toller, befragt von Wolfgang Kröll

Kröll: Zuerst, lieber Wolfgang, vielen Dank, dass Du Dich trotz Deiner zahlreichen und vielfältigen Aufgabenbereiche bereit erklärt hast, mir einige Fragen retro- und prospektiv zur Corona-Pandemie zu beantworten. Darf ich Dich zuerst etwas sehr Persönliches fragen? Wie geht es Dir persönlich? Bist Du oder sind Mitglieder Deiner Familie an COVID-19 erkrankt? Bist Du oder jemand aus Deiner Familie bereits geimpft? Darf ich Dich auch fragen, welcher Impfstoff Dir verabreicht wurde? Und, wie waren Deine persönlichen Erfahrungen mit der Impfung?

Toller: Persönlich geht es mir sehr gut; ich hatte vor Kurzem eine Operation, habe diese aber auch gut überstanden und fühle mich wohl. Bezüglich COVID-19 war ich als angestellter Arzt des LKH-Universitätsklinikums Graz in der glücklichen Lage bereits am 8.1. und am 29.1.2021 meine beiden Impfdosen von Pfizer erhalten zu haben; dennoch ist es bei uns am LKH-Universitätsklinikum in Graz weiterhin Usus, dass die Mitarbeiter zumindest einmal wöchentlich einen Antigen-Test machen müssen und auch bei diesen Tests wurde ich immer negativ getestet.

Innerhalb meiner Familie ist meine Frau an COVID-19 erkrankt; sie hat sich bei einem Nachbarn infiziert; glücklicherweise ist die Erkrankung milde verlaufen. Für mich war in diesem Zusammenhang positiv, dass ich erkennen konnte, dass meine Impfung tatsächlich sehr gut wirkt. Da ich in der Zeit eine „Verkehrsbeschränkung“, aber keine Quarantäne hatte, führten wir bei mir im Spital häufig einen SARS-CoV2-Test durch, ich wurde aber niemals positiv getestet. Und dies, obwohl ich bzw. wir beide zuhause sicherlich keinen allzu großen Abstand eingehalten hatten. Umso mehr bin ich darüber erfreut, dass ich diese Impfung schon sehr bald nach Freigabe des Impfstoffs durch die EMA erhalten habe.

Innerhalb meiner Familie ist es so, dass meine Frau zum Zeitpunkt des Ausbruchs der SARS-CoV2-Infektion leider noch nicht geimpft war und, soweit jetzt bekannt, bis zu einem möglichen Impftermin noch fünf Monate warten muss. Unser jüngerer Sohn (26 Jahre) ist noch nicht geimpft, unser älterer Sohn (28 Jahre) ist in der Pharmaindustrie tätig und hat von

seinem Dienstgeber aus auch bereits die Impfung erhalten. Die Impfung selbst war weder für mich noch für meinen Sohn in irgendeiner Weise belastend; nur an der Stelle des Oberarms, an der die beiden Impfungen appliziert worden sind, verspürte ich jeweils für einen Tag einen geringen Druckschmerz; andere Symptome waren bei keiner der beiden Impfdosen zu bemerken.

Kröll: *Die Corona-Pandemie dauert nun auch in Österreich schon länger als ein Jahr und sie hat die Welt und die Gesellschaft in vielerlei Weise verändert. Wie hast Du das persönlich wahrgenommen? Was hat sich für Dich in Deiner Familie, in Deinem privaten und persönlichen Umfeld verändert? Aus Deiner persönlichen Sicht: Wie viele dieser Veränderungen werden auch nach Beendigung der Pandemie noch Bestand haben? Wie werden sich aus Deiner Sicht die Welt und die Gesellschaft nach dem Ende der Pandemie präsentieren? Wird kein Stein mehr auf dem anderen bleiben?*

Toller: Persönlich habe ich die Corona-Pandemie sehr ambivalent empfunden: Auf der einen Seite war es interessant zu beobachten, wie leicht man auf viele Dinge, von denen man überzeugt war, dass man sie im Alltag unbedingt benötigt, verzichten und sich auf wirkliche Werte konzentrieren kann; auf der anderen Seite waren da natürlich die vorgegebenen Einschränkungen und in diesem Kontext hat man natürlich schon auch erkannt, dass es für jeden einzelnen Menschen Bedürfnisse gibt, die von großer Bedeutung sind, obwohl man diese im „Normalfall“ nicht großartig erwähnen würde: z. B. der Kontakt zur Familie. Die Tatsache, dass man Eltern oder nahe Angehörige nicht besuchen konnte, unsere Kinder selten zu Besuch kamen und Kontakt zumeist nur digital oder per Telefon stattfand, war belastender, als ich es mir vorgestellt habe. Solche Gegebenheiten möchte ich in dieser Form nicht noch einmal erleben.

Ich bin überzeugt, dass einige der Veränderungen, die durch die Corona-Pandemie angestoßen wurden, nach ihrer erfolgreichen Bekämpfung bestehen bleiben werden. Ich bin auch überzeugt, dass die Corona-Pandemie nicht so schnell beendet sein wird. Man wird bei Reisen ins Ausland alert sein müssen, welche Voraussetzungen zur Einreise und zum Aufenthalt einzuhalten sind. Denn das SARS-CoV2 wird nicht von der Bildfläche verschwinden, so wie wir uns dies gerne wünschen und vorstellen würden; vielmehr wird dieses Virus weiter existieren, auch in Mutationen, ähnlich dem Grippevirus. Und die Impfung, die Auffrischungsimpfung, die Antigen-Tests oder auch die PCR-Tests werden auch weiterhin erforderlich sein, um eine gelungene Eindämmung der Ausbreitung beibehalten zu können. Denn ich bin auch überzeugt, kein Staat wird es sich in

Zukunft leisten können, noch einmal die gesamten Wirtschaftsbereiche, den Tourismus etc. über so lange Zeiträume niederzufahren bzw. weitere Lockdowns anzuordnen.

Kröll: *Du leitest die zweitgrößte Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, wahrscheinlich auch eine der größten Universitätskliniken für diesen Fachbereich im deutschsprachigen Raum: Wie hast Du die Corona-Pandemie in Deinem Bereich aus ärztlicher Sicht gesehen? Ist die Krise über euch als Krankenhaus hereingebrochen oder war das LKH-Universitätsklinikum darauf vorbereitet? Hat es Katastrophenpläne zur Bewältigung dieser Situation gegeben? Hattest Du in Deinem Bereich ausreichend Schutzausrüstungen sowohl für das ärztliche als auch für das nicht-ärztliche Gesundheitspersonal?*

Toller: Als Leiter der Univ.-Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin habe ich die Pandemie als sehr große Herausforderung empfunden. Das hängt einerseits damit zusammen, dass wir in der Steiermark das Zentralkrankenhaus bzw. das Universitätsklinikum sind und somit die Patienten mit den schwersten COVID-19-Verläufen bekamen, andererseits es sich aber auch sehr bald nach Ausbruch der Pandemie herausstellte, dass das grundsätzlich für COVID-19 zuständige Fachgebiet, nämlich die Univ.-Klinik für Innere Medizin, die intensivmedizinischen Ressourcen zur Betreuung aller dieser Patienten nicht haben würde und auch die chirurgischen Intensivstationen in die Behandlung und die Betreuung von COVID-19-Patienten eingebunden werden müssen.

Konkret bedeutete das, dass in der ersten Phase der Pandemie im März 2020 eine der beiden chirurgischen Herz-Intensivstationen ausschließlich für COVID-19-Patienten freigemacht werden musste und über viele Monate hinweg ausschließlich für diese Patienten zur Verfügung stand. Und in der Phase II, also Ende 2020 und zu Beginn 2021 wurde eine andere chirurgische Intensivstation, nämlich die ICU3, für COVID-19-Patienten adaptiert.

Obwohl in den Medien immer wieder berichtet wird, dass Österreich im Vergleich zu Italien, wo das SARS-CoV2 das erste Mal in Europa aufgetreten ist, Vorlaufzeiten für eine Adaptation hatte, ist die Pandemie im wahrsten Sinn des Wortes auch über unser Land hereingebrochen, nämlich in der Form, dass man gemerkt hat, dass theoretische Katastrophenszenarien, wie man sie in der Vergangenheit durchgespielt hatte, mit der Realität vielfach nicht übereinstimmten und man in kürzester Zeit auf einem völlig anderen Niveau Kooperationen in unterschiedlichen Bereichen suchen und eingehen musste und man damit völlig neues Neuland betreten hatte.

So wurde zum Beispiel eine Normalstation geschlossen, die nicht in der Versorgung von COVID-19-Patienten involviert war, damit aus diesem Bereich Pflegepersonal auf jenen Stationen eingesetzt werden konnte, auf denen die zum Teil sehr pflegeaufwändigen COVID-19-Patienten zu behandeln und zu betreuen waren. Aus meiner Sicht wäre ein solches Vorgehen vor der Pandemie undenkbar gewesen, und war auch nie Bestandteil von immer wieder durchgeführten Katastrophenübungen. Auch arbeitszeitrechtlich war es für mich nicht vorstellbar, dass man in kürzester Zeit vollkommen neue Dienstmodelle installieren konnte.

Auch innerhalb der eigenen Klinik und Abteilung habe ich erlebt, welche täglichen Probleme im Rahmen einer Pandemie auf uns zukommen können. Als Leiter einer Klinik bzw. Abteilung ist man für seine Mitarbeiter verantwortlich und macht sich selbstverständlich einerseits Sorgen um ihre Gesundheit, muss aber andererseits auch die Behandlung von COVID-19- und anderen Patienten gewährleisten. Unter den ärztlichen Mitarbeitern haben sich manche freiwillig gemeldet, um auf einer COVID-19-Station arbeiten zu dürfen und dort auch engagiert ihre Leistung erbracht, andere kamen mit Attesten, die ihnen bescheinigt haben, dass sie aus diversen Gründen nicht in der Lage sind auf einer solchen Station ihren Dienst zu versehen, andere erkrankten selbst an COVID-19 oder wurden als Kontaktpersonen von den Behörden in Quarantäne geschickt. Einen 24/7-Dienstplan unter solchen Bedingungen zu erstellen ist nicht einfach, man musste sich täglich auf neue Situationen einstellen und flexibel darauf reagieren. Über die sozialen Medien, wie WhatsApp etc., in denen die Mitarbeiter auch häufig untereinander kommunizierten, war es aber meist möglich, bei Ausfall eines Kollegen relativ bald wieder einen anderen Kollegen zu finden, der bereit war einen Nachtdienst zu übernehmen.

Die erforderliche Ausrüstung war, wie auch in anderen europäischen Staaten, am Anfang der Pandemie nicht ausreichend: Das betrifft im Besonderen die Schutzausrüstungen, die Schutzmasken bis hin zu den Schutzanzügen. Es gab tatsächlich die in den Medien kolportierten Lieferverzögerungen und Lieferengpässe, speziell bei FFP2-Masken. Das hat dann dazu geführt, dass insbesondere beim Pflegepersonal die Masken mehr oder weniger während einer gesamten Dienstschicht getragen werden mussten. Im Herbst und Winter 2020 war dann ausreichend Schutzmaterial für das gesamte Personal verfügbar und es war auch kein Engpass mehr zu bemerken.

Kröll: *Wie hat sich die Corona-Pandemie auf Deine ärztlichen Mitarbeiter ausgewirkt? Welche belastenden Ereignisse wurden bei der Behandlung dieser Patienten von den Ärzten wahrgenommen? Welche Unterstützung haben die Mitarbeiter vom Arbeitgeber in dieser Situation erhalten? Welche psychosozialen Unterstützungsangebote würden sie sich noch wünschen? Sind Deine ärztlichen Mitarbeiter noch immer so motiviert bei der Behandlung von SARS-CoV2-infizierten Patienten wie zu Beginn der Krise oder sind entsprechende und verständliche Ermüdungserscheinungen und Demotivation zu beobachten?*

Toller: Die Belastung für die Mitarbeiter war enorm; wie tatsächlich die mittel- und langfristigen Folgen dieser Belastung ausfallen werden, lässt sich derzeit noch gar nicht abschätzen. Aber wie auch in anderen klinischen Bereichen so zeichnet sich auch in der Anästhesiologie ab, dass einige Mitarbeiter eine berufliche Veränderung anstreben; dies wird an unserer Klinik vermutlich im Herbst 2021 zu einem Engpass an ärztlichen Mitarbeitern führen; zurückzuführen ist dies u. a. auch darauf, dass einige unserer Mitarbeiter, die aus dem nahem Ausland kommen, täglich stundenlang im Auto sitzen mussten, bei der Einreise in die Steiermark Verzögerungen erleben mussten etc. und dies in Zukunft einfach nicht mehr mitmachen wollen.

Die Versorgung mit Schutzausrüstungen hat sehr rasch und sehr gut funktioniert. Die Notwendigkeit Schutzanzüge anziehen zu müssen hat sich nicht unbedingt als Problem herausgestellt, zumindest nicht beim Pflegepersonal. Bei den Ärzten war es vor allem der Journdienst, der mit dem ständigen Wechseln des Schutzanzuges nach jedem Patientenkontakt schon eine enorme Belastung darstellte. Eine Kollegin musste während eines sehr aufwändigen Journdienstes durch Einschleusen in Isolationskabinen insgesamt 32-mal ihre Schutzausrüstung wechseln. Ich selbst habe dennoch den Eindruck, dass der Umgang mit SARS-CoV2-Patienten im heurigen Jahr etwas „lockerer“ geworden ist, als dies zu Beginn der Fall war, wo ja nicht bekannt war, was uns bei der Behandlung und Betreuung dieser Menschen erwarten würde. Es ist derzeit vieles einfacher durchzuführen, z. B. die Adaptation einer Station derart, dass in einem Teil der Station infizierte und in einem anderen Teil der Station postoperativ zu betreuende Patienten behandelt werden. Ein solches Vorgehen wäre zu Beginn der Pandemie undenkbar gewesen.

Bzgl. der psychischen Unterstützung der Mitarbeiter hat es Schreiben der Spitalsleitung gegeben, in welchen auf die Möglichkeit psychischer Unterstützung hingewiesen wurde. Insgesamt muss man zum Thema Information aber auch festhalten, dass speziell in der Anfangsphase der Pan-

demie eine Flut an z. T. sich widersprechenden Informationen über die Mitarbeiter hereinbrach, die dann insgesamt eher zu Desinformation denn zu Information geführt hat. Irgendwann haben viele damit aufgehört, alle ankommenden Informationsmails tatsächlich zu lesen. Vielleicht sollte man für eine zukünftige ähnliche Situation daraus lernen. Zusätzlich zu den internen Informationen und Regelungen kamen dann auch noch die Informationen aus öffentlichen Medien, die täglich über alle Staatsbürger ungefiltert hereingebrochen sind. Und wenn dann Informationen von einem auf den anderen Tag gültig bzw. wieder ungültig werden, dann darf man sich wohl kaum wundern, wenn bzgl. des Lesens dieser Informationen irgendwann Ermüdungserscheinungen auftreten. Und diese auch in den Medien kolportierten Ermüdungserscheinungen kann ich für die Univ.-Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin nur bestätigen. Dennoch muss man auch als Vorgesetzter darauf achten, dass trotz der Informationsflut wenigstens jene Mitteilungen von den Mitarbeitern gelesen werden, die tatsächlich für den eigenen Schutz und für den Schutz der anvertrauten Patienten von Bedeutung sind.

Kröll: *Soweit Du das beurteilen kannst: wie erging es dem Pflegepersonal auf jenen Intensivstationen, auf denen infizierte Patienten zu behandeln waren? Stand ausreichend Pflegepersonal für die Tätigkeit auf den Intensivstationen zur Verfügung oder war gerade die Pflege die knappe Ressource, die das Gesundheitssystem bei weiterer Ausbreitung der Corona-Pandemie hätte zum Kippen bringen können?*

Toller: Auch beim Pflegepersonal war es ähnlich wie bei den ärztlichen Mitarbeitern; zu Beginn der Pandemie bestand ein sehr großer Respekt vor dem Virus und daraus resultierte auch eine große Unsicherheit sowohl bei den Ärzten als auch bei den Pflegepersonen. Das führte auch dazu, dass man eigenständige Intensivstationen ausschließlich zur Behandlung und Betreuung infizierter Patienten einrichtete. Im Laufe der Zeit hat sich dann auch eine gewisse Routine im Umgang mit dem Virus bzw. mit der Erkrankung entwickelt. Auch das Pflegepersonal stand nach einiger Zeit COVID-19-Patienten trotz der sehr hohen Belastung wesentlich entspannter gegenüber. Überrascht war ich auch über die Tatsache, dass das Pflegepersonal, das direkt in die Behandlung und Betreuung infizierter Patienten eingebunden war, dies weniger kritisch gesehen hatte als so manche Führungskräfte aus den unterschiedlichsten Bereichen. Die Belastung, besonders auch für das Pflegepersonal, war naturgemäß groß, dies war darauf zurückzuführen, dass COVID-19-Patienten ja nicht nur auf den Intensivstationen behandelt worden sind, sondern auch auf den

Normalstationen. Und auf den Normalstationen war der Pflegeaufwand für COVID-19-Patienten beträchtlich größer als für die übrigen Patienten und daher war auch seitens des Pflegepersonals eine extrem hohe Flexibilität gefordert, z. B. dadurch, dass einzelne Stationen geschlossen worden sind und das Pflegepersonal in anderen Bereichen tätig werden musste. In dieser Phase war das Gesundheitssystem nur deshalb stabil, weil sehr rasch andere elektive Gesundheitsleistungen heruntergefahren wurden. Ob dies aus der Metaperspektive tatsächlich von Nutzen war, lässt sich nur sehr schwer beurteilen, denn *ex post* wurde klar, dass viele Menschen aus Angst vor einer SARS-CoV2-Infektion nicht ins Spital gegangen sind, obwohl es aufgrund ihres Gesundheitszustandes indiziert gewesen wäre. Offensichtlich haben manche dadurch Gesundheitsschäden davongetragen.

Da man nach jedem Lockdown anstreben musste, diese postponierten elektiven Patienten zeitnah zu operieren, gab es für das Spitalpersonal keine Erholungsphase nach COVID-19, sondern es ging von einem Vollbetrieb in den nächsten. Die Herausforderungen und Belastungen waren und sind sowohl für die Ärzte als auch für das Pflegepersonal wirklich enorm.

Kröll: *Wie ausgelastet waren die für die Behandlung von infizierten Patienten zur Verfügung gestellten Intensivbehandlungsbetten? Wie viele Betten des LKH-Univ.-Klinikum Graz wurden eigentlich für infizierte Patienten zur Verfügung gestellt? Wie viele Betten hättest Du noch für die Behandlung von COVID-19-Patienten bereitstellen können? Und wäre dafür auch ausreichend und vor allem auch adäquat ausgebildetes Pflegepersonal zur Verfügung gestanden? Wurde in Deinem Verantwortungsbereich eigentlich jemals an Triage gedacht, so wie das vielfach in den Medien kolportiert worden war?*

Toller: Bezüglich der Auslastung jener Intensivbehandlungsbetten, die für COVID-19-Patienten zur Verfügung gestellt worden sind, hat sich auch gezeigt, wie weit Theorie und Praxis auseinanderklaffen. Auf der einen Seite war zu Beginn der Pandemie nicht bekannt, wie viele Intensivbetten man tatsächlich benötigen werde; es waren zwar Bilder aus Italien bekannt und dies führte am Beginn der Pandemie dazu, dass eine sehr große Zahl an Intensivbehandlungsbetten freigehalten wurde. Bald hat es sich aber herausgestellt, dass eine derart große Zahl an Intensivbehandlungsbetten nicht benötigt wird. Freie Intensivbehandlungsbetten waren natürlich nur deshalb in großer Zahl verfügbar, weil zahlreiche elektive Patienten, die postoperativ auch ein Intensivbehandlungsbett benötigt hätten, nicht operiert wurden.

Die Zahl der für die Behandlung von COVID-19-Patienten am LKH-Univ.-Klinikum Graz zur Verfügung gestellten Intensivbehandlungsbetten

hat sich in der weiteren Phase der Corona-Pandemie durch strategische Maßnahmen geändert. Es wurde errechnet, wie viele Intensivbehandlungsbetten in der Steiermark theoretisch benötigt werden könnten. Die verfolgte Strategie war dabei in der Phase der ersten Corona-Welle anders als in der Phase der zweiten Corona-Welle: In der Phase der ersten Corona-Welle wurden einzelne Krankenanstalten, so auch das LKH-Univ.-Klinikum Graz als „Corona-Krankenanstalten“ klassifiziert und somit alle krankenhauspflichtigen COVID-19-Patienten aus der gesamten Steiermark auch in eines dieser Krankenhäuser transferiert. Zu diesem Zeitpunkt entstand auch noch die Situation, dass andere Krankenhäuser, die eigentlich nicht für die Behandlung von COVID-19-Patienten vorgesehen waren, aus Angst, es könnten noch viel mehr Menschen infiziert werden, ihre Intensivbehandlungsbetten ebenfalls freihielten. So entstand eine Situation, dass es auf der einen Seite Krankenanstalten gab, die überhaupt keine Belegung mit COVID-19-Patienten aufwies, und in anderen Krankenanstalten eine extrem schwierige Situation vorlag, weil eine hohe Auslastung und damit ein hoher Belag von Intensivbehandlungsbetten gegeben war.

Diese Strategie wurde in der Phase der zweiten Corona-Welle dahingehend umgestellt, dass nun alle Krankenhäuser in der Steiermark verpflichtet wurden COVID-19-Patienten zu behandeln, auch die konfessionellen Krankenanstalten. Das hätte dann zwar grundsätzlich bedeuten können, dass die Belastung für das LKH-Univ.-Klinikum Graz geringer hätte werden können, allerdings war die zweite Welle dadurch charakterisiert, dass die Zahl an infizierten Menschen und somit auch Intensivpatienten viel höher war als während der ersten Phase. Zeitweise waren in der Steiermark mehr als 120 der theoretisch 150 für COVID-19-Patienten vorhandenen Intensivbetten belegt (von insgesamt 2500 Intensivbehandlungsbetten in den Krankenanstalten Österreichs). Dadurch verlief auch die zweite Welle der Infektion für unser Klinikum trotz der vorher beschriebenen veränderten Strategie sehr angespannt.

Insgesamt muss man festhalten, dass im Rahmen der bislang abgelaufenen Corona-Pandemie Flexibilität gefragt ist. Wenn viele Menschen infiziert und die Krankenanstalten überfüllt sind, dann hat sich ein Vorgehen wie mit der geänderten Strategie sehr bewährt, nämlich dass möglichst viele Krankenhäuser an der Versorgung der COVID-19-Patienten beteiligt sind. Dadurch war es auch möglich, dass der Umgang mit den Schutzkleidungen sowie den Behandlungsstrategien dieser Patienten beinahe schon zur Routine geworden ist und dadurch auch etwas leichter bewältigt werden konnte. Hätte man diese Strategie in der ersten Phase eingesetzt, wäre das aus meiner Sicht mit erheblichen Nachteilen für die Patienten verbunden gewesen, weil es kaum möglich gewesen wäre, eine gute, dem Stand

der medizinischen Wissenschaften adäquate Versorgung in allen beteiligten Krankenanstalten zu gewährleisten, eben weil es auch nicht möglich gewesen wäre, ausreichend Routine im Umgang mit dieser Erkrankung zu gewinnen. Welche Strategien man in Zukunft wählen wird, muss sich aus der jeweiligen Situation heraus weisen.

Auch im Zusammenhang mit dem Personal ist es anfangs extrem wichtig, die Behandlung dieser Patienten auf wenige Bereiche zu konzentrieren, um damit auch eine hohe Expertise zu erhalten. Wenn dann in einer späteren Phase der Corona-Pandemie das Wissen um die Behandlung schon sehr groß ist und auch eine gewisse Routine im Umgang damit gewonnen werden konnte und auch die Kommunikation zwischen den einzelnen Stationen, auf denen COVID-19-Patienten behandelt werden, adäquat gegeben ist, dann wird sich sicherlich die zweite Strategie als sehr geeignet erweisen.

Das LKH-Univ.-Klinikum Graz war glücklicherweise nie in der Situation, Patienten hinsichtlich einer Verlegung auf eine Intensivstation triagieren zu müssen; dennoch wurde viel Zeit in strategische Überlegungen investiert, falls man tatsächlich an die Grenzen der Versorgungsmöglichkeit kommen sollte. Innerhalb der Ärzteschaft und auch in unserem Behandlungsteam gab und gibt es heterogene Meinungen zum Umgang mit dieser Thematik.

Kröll: *Zumindest in der ersten Phase der Pandemie wurden elektive chirurgische Eingriffe postponiert. Deine Abteilung betreut mit herz-, lungen- und gefäßkranken Menschen eine sehr spezielle Patientengruppe, bei denen einerseits die Operationsindikation ziemlich dringlich ist und bei denen andererseits bei Nichtintervention die Wahrscheinlichkeit zu versterben sehr hoch ist. Wie war das auf Deiner Abteilung? Wie hast Du das als Leiter dieser Abteilung erlebt? Ist bekannt wie viele Patienten auf den genannten chirurgischen Abteilungen verstorben sind, weil sie nicht chirurgisch und/oder interventionell versorgt werden konnten?*

Toller: Die Sorge vor der durch Corona nicht möglichen routinemäßigen Versorgung von Patienten mit Herzerkrankungen während der Pandemie stellte sich als nicht so gravierend heraus, wie ursprünglich gedacht; dies scheint damit zu tun zu haben, dass insgesamt weniger Patienten mit Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems in das Krankenhaus gekommen sind, offensichtlich aus Angst vor einer Corona-Infektion. Andererseits weiß man leider auch, dass einige dieser Patienten, bei denen eine Intervention oder Operation notwendig gewesen wäre, aus Angst vor einer Ansteckung im Spital zu Hause verstorben sind. Dieser Effekt konnte auch durch

eine Untersuchung der Medizinischen Universität Graz bestätigt werden. Retrospektiv wurden aber alle Patienten, die wegen einer dringlichen operativen Intervention am Herzen stationär aufgenommen worden waren, auch tatsächlich versorgt.

Auch die Zahl an Patienten, die wegen anderer chirurgischer Eingriffe ins Krankenhaus kamen, war in der Pandemiezeit nicht besonders hoch. Insbesondere wurde versucht, elektive Operationen zu vermeiden, von denen man weiß, dass die Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit postoperativ ein Intensivbett brauchen werden. Wurden solche Patienten dennoch operiert, blieben sie so kurz als möglich auf der Intensivstation oder wurden überhaupt in einem Aufwachraum behandelt und möglichst bald wieder auf die Normalstation verlegt.

Kröll: *Die Corona-Pandemie hat insbesondere bei Jugendlichen, aber auch generell zu einem überdimensionalen Anstieg von psychischen Krankheitsbildern, insbesondere von Depressionen geführt. Konntest Du davon auch bei Deinen Mitarbeitern etwas bemerken? Gab es Burn-outs unter den Mitarbeitern oder zumindest eine fehlende Motivation aufgrund der Belastung bei der Betreuung und Behandlung dieser speziellen Patientengruppe?*

Toller: Man hat gesehen, dass sich während des Lockdowns das Leben zwischen Wohnung und Arbeitsstätte abspielt und dass das speziell für Mitarbeiter, die alleine leben problematisch war. Nach einer initialen Phase des maximalen Engagements in der Behandlung und Betreuung von COVID-19-Patienten kam es im weiteren Verlauf der Corona-Pandemie dann zu Verstimmungen, Müdigkeit, Burn-out und auch zum Wunsch des Arbeitsplatzwechsels. Ich bin daher überzeugt, dass ein Burn-out in solchen Bereichen, wo man stundenlang oft ohne Pausen in die Behandlung und Betreuung dieser Patienten involviert ist, durchaus ernst zu nehmen ist. Ex post kann ich nur dafür plädieren, dass, sollte sich eine solche Pandemie erneut ereignen, man die Mitarbeiter möglichst frühzeitig auch psychologisch unterstützt.

Ob die Lockdowns tatsächlich erforderlich waren, kann ich nicht beurteilen; aber aus meiner Perspektive ist festzuhalten, dass wir alle im Krankenhaus – ärztliche und nicht-ärztliche Gesundheitsberufe – gelernt haben mit dieser Erkrankung umzugehen, ohne dass es zu einer signifikanten Steigerung an infizierten Mitarbeitern gekommen wäre. Ich bin überzeugt, dass es mit entsprechenden Rahmenbedingungen und Schulungen möglich sein müsste, eine solche Krise (Mai 2021) auch ohne Lockdowns zu bewältigen, ohne gleich das gesamte öffentliche Leben (Wirtschaft, Universität, Schulen, Kulturbetriebe etc.) herunterzufahren.

Kröll: Die Corona-Pandemie hat nicht nur in Österreich zu einer Spaltung der Gesellschaft in Befürworter und Gegner der von den Behörden angeordneten Maßnahmen geführt. Wie siehst Du nun ex post diese Maßnahmen aus der Sicht eines Klinikvorstandes, aber auch aus der Sicht eines klinisch tätigen Arztes? Waren all diese Maßnahmen gerechtfertigt oder hätte man etwas anderes machen sollen und/oder können? Waren die verordneten Lockdowns gerechtfertigt? Machen Testungen einen Sinn für den Besuch diverser Dienstleistungen? Oder anders gefragt: Welche Maßnahmen machen aus Deiner Perspektive Sinn?

Toller: Eine so wie derzeit praktizierte generelle Verpflichtung zur regelmäßigen Testung aller Spitalsmitarbeiter halte ich persönlich für nicht (mehr) sinnvoll, weil im LKH-Univ.-Klinikum Graz sehr viele Mitarbeiter geimpft sind. Manche Tests sind positiv, ohne dass der Mitarbeiter irgendwelche Symptome hat und nichts über dessen mögliche Infektiosität bekannt ist. Ich bin deshalb überzeugt, dass sich diese Antigentests aufhören werden, denn meiner Meinung nach machen die Impfung und die erforderliche Auffrischungsimpfung die Gesamtsituation wesentlich sicherer als regelmäßige Testungen der einzelnen Mitarbeiter; testen sollte man vor allem jene, die nicht geimpft sind; ferner glaube ich, dass die Einhaltung und Durchführung entsprechender hygienischer Maßnahmen von zentraler Bedeutung ist.

Kröll: Die Verfügbarkeit von Impfstoffen scheint die Situation etwas zu entspannen. Zumindest können damit nicht nur Risikogruppen, sondern auch, soweit Impfstoff vorhanden, auch Impfwillige immunisiert werden. Heftig in diesem Zusammenhang diskutiert wird die Frage des Impfzwanges. Wie siehst Du das Thema Impfzwang im Zusammenhang mit dem Gesundheitspersonal? Sollte dieses verpflichtet geimpft werden? Oder ist aus Deiner Perspektive das Risiko Nebenwirkungen zu erleiden, wie die bereits bekannte Neigung zu Sinusvenenthrombosen, zu hoch, um eine generelle Impfpflicht bei Angehörigen der diversen Gesundheitsberufe zu fordern?

Toller: Einen generellen Impfzwang für das Gesundheitspersonal halte ich für kritisch, obwohl es diesen in manchen Spitälern bei Personal-Neueinstellungen bezüglich anderer Viruserkrankungen (z. B. Masern) bereits gibt. Mit Zwang wird man Impf-Gegner nicht erreichen. Ich bin aber andererseits überzeugt, dass es in gewissen Bereichen z. B. bei Fluglinien oder auch in den diversen Urlaubsdomizilen ohnehin so werden wird, dass eine Impfung zur (Ein)reise nachgewiesen werden muss.

Bezüglich des Gesundheitspersonals erscheint es interessant, dass gerade in jenen Bereichen, in denen COVID-19-Patienten behandelt worden sind, die Impfskepsis sehr groß ist. Gerade diese Mitarbeiter, die eigentlich dem größten Risiko ausgesetzt waren, waren bezüglich einer Impfung zurückhaltend. Möglicherweise auch deshalb, weil sich gezeigt hat, dass adäquate Schutzmaßnahmen auch schon vor Vorhandensein einer Impfung die Übertragung einer Infektion verhindern konnten. Aus meiner Sicht wäre es daher sinnvoller, adäquate hygienische Rahmenbedingungen einzufordern, und wie auch gezeigt werden kann, sind diese für eine Prävention sehr sinnvoll und effektiv. Man müsste dann nicht von einem Impfwang ausgehen, der eigentlich nur dazu führt, dass sich Menschen gerade wegen des verordneten Zwanges eben nicht impfen lassen.

Bezüglich der Nebenwirkungen, insbesondere die Thromboseneigung betreffend, wurde die Öffentlichkeit im Rahmen von COVID-19 durch die öffentlichen Medien quasi zum ersten Mal mit Prozessen von Medikamentenentwicklung, experimentellen und klinischen Studien und auch potenziellen Nebenwirkungen „live“ konfrontiert, das Ganze noch ergänzt durch die gigantischen Kommunikationsmöglichkeiten der heutigen Zeit. Während die Einschätzung und Beurteilung neuer Medikamente für Mediziner zum Alltag gehört, ist ein großer Teil der Bevölkerung damit schlichtweg überfordert. In der Medizin muss bei jeder Verordnung eines Medikamentes eine Nutzen-Risiko-Analyse vorgenommen werden und es gibt kein Medikament ohne Nebenwirkungen. Wenn man sich das Risikopotenzial einer Corona-Impfung betrachtet und erkennt, dass bei zwei Millionen durchgeführten Impfungen 140 Thrombosen auftraten, klingt das vielleicht viel, ist es aber nicht und das Risiko des Einzelnen eine Thrombose zu erleiden ist verschwindend gering aber eben nicht null. Gleichzeitig ist man durch die Impfung geschützt und kann keine (viel häufigere!) Thrombose durch eine eventuelle COVID-19-Erkrankung erleiden. Das Nutzen-Risiko-Verhältnis der Impfung ist also o. K. Vergleicht man damit das Thromboserisiko durch die Einnahme einer Anti-Baby-Pille, so ist diese 1000-fach höher. Ich kann mir nicht vorstellen, dass es viele Frauen gibt, die deshalb auf die Einnahme der Pille verzichten würden. Diese Überlegungen treffen für alle Medikamente zu. Es gibt kein Medikament, das keine Nebenwirkungen hat, sondern es ist immer nur eine Frage der Häufigkeit. Selbstverständlich ist eine eingetretene Nebenwirkung für den einzelnen Menschen, den es trifft, ein katastrophales Ereignis, obwohl sich mit Blick auf die Sinusvenenthrombose auch gezeigt hat, dass, wenn sie rechtzeitig erkannt wird, gut behandelt werden kann. Aus meiner Perspektive ist das Risiko an COVID-19 zu erkranken, das Risiko einen schweren Verlauf zu erleiden und schließlich das Risiko an den Folgeschä-

den (Post-COVID-Syndrom) zu leiden wesentlich höher als das Risiko, dass durch die Corona-Impfung schwere Nebenwirkungen auftreten. Aus meiner Sicht ist daher die Nebenwirkung kein Grund sich nicht impfen zu lassen.

***Kröll:** Ich danke Dir für Deine Bereitschaft zu diesem Interview und wünsche Dir weiterhin alles Gute.*

COVID-19 aus der Perspektive der Palliativmedizin und Hospizbetreuung

Gerold Muhri und Désirée Amschl-Strablegg, befragt von Johann Platzer

Das Krankenhaus der Elisabethinen in Graz ist ein gemeinnütziges Akutkrankenhaus mit rund 180 Betten auf insgesamt neun Stationen. Jährlich werden rund 33.500 PatientInnen ambulant und stationär versorgt. Eigentümer und Träger des Krankenhauses ist der Konvent der Elisabethinen. Durch die Spitalskooperation der Elisabethinen mit den Barmherzigen Brüdern (*Ordenskrankenhaus Graz-Mitte*) und bauliche Adaptionsmaßnahmen werden bis zum Jahr 2025 rund 220 Betten zur Verfügung stehen. Dabei soll der Fokus vor allem auf eine umfassende Altersversorgung und Altersmedizin gelegt werden. Ergänzend zu der seit 1998 bestehenden Palliativstation mit insgesamt acht Betten gibt es bei den Elisabethinen auch zwei Hospize mit je zwei Betten, und zwar das hauseigene Hospiz St. Elisabeth (seit 2018) sowie das VinziDorf-Hospiz (seit 2017). Dieses ist Europas erstes Hospiz für obdachlose Menschen, in welchem unheilbar kranke Menschen bis zu ihrem Lebensende umfassend betreut werden.

Auf der Palliativstation werden PatientInnen mit chronischen und fortgeschrittenen Erkrankungen betreut, die aufgrund der Schwere der Beschwerden nicht mehr zu Hause oder in anderen Einrichtungen behandelt werden können. Ziel ist es, durch die Behandlung von akuten Symptomen die Lebensqualität der PatientInnen so zu verbessern, dass diese wieder in häusliche Pflege oder in eine Pflegeeinrichtung entlassen werden können. Darüber hinaus berät ein Palliativkonsiliarsdienst in komplexen palliativen Fragestellungen. Dieses multiprofessionelle Team, bestehend aus Sozialarbeit, Pflege und Medizin, führt ausführliche Vor-Ort-Gespräche mit dem Behandlungsteam, PatientInnen und Angehörigen auf anderen Stationen und in anderen Kooperationskrankenhäusern.

Oberarzt Dr. Gerold Muhri ist medizinischer Leiter des Bereichs Palliativmedizin und Hospizbetreuung. Sein Team besteht aus vier weiteren Ärztinnen und Ärzten. Die diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflegerin Désirée Amschl-Strablegg hat die Bereichsleitung für *Hospiz und Palliativ* inne und ist seit 2012 als Pflegedienstleiterin für insgesamt 22 Pflegende verantwortlich. COVID-19 hat besonders den Gesundheits- und Pflegebereich mit neuen, zuvor kaum geahnten Herausfor-

derungen konfrontiert. In einem Interview mit Johann Platzer schildern die beiden ihre Erfahrungen während der Corona-Pandemie aus der Perspektive der Palliativmedizin und Hospizbetreuung.

Platzer: *Ich möchte zunächst mit ein paar allgemeinen Fragen beginnen: Glauben Sie, dass die Corona-Pandemie unser Denken über Sterben und Tod verändert hat?*

Amschl-Strablegg: Ja, aber nicht nachhaltig. Sobald wir in unseren Alltag zurückkehren, glaube ich, dass das Sterben auch wieder in den Hintergrund treten wird.

Muhri: Ich glaube auch, dass der ‚Rechtsanspruch‘ unserer Gesellschaft, das Leben bis ins hohe Alter haben zu dürfen, verschwunden ist – vor allem während des ersten Lockdowns. Während dieser Zeit ist das Sterben und der Tod präsenter geworden – mit all den Ängsten und Tabuthemen; auch bei Menschen, bei denen Krankheit und Tod nicht im Fokus waren. Deshalb waren auch viel Solidarität und Betroffenheit spürbar, aber ich nehme jetzt schon wieder ein Verschwinden dieser Solidarität wahr. Auch das Bewusstsein, dass es dieses Recht auf Gesundheit nicht gibt, das schwindet.

Platzer: *Nehmen Sie derzeit Veränderungen in unserer Sterbekultur wahr?*

Muhri: Das glaube ich nicht, zumindest nicht durch Corona.

Amschl-Strablegg: Eine Veränderung der Sterbekultur durch Corona nehme ich auch nicht wahr. Ich glaube jedoch, dass in den vergangenen Jahren der Autonomiewunsch immer größer geworden ist. Dabei meine ich nicht nur das momentan aktuelle Thema *assistierter Suizid*. Unabhängig davon nehme ich in der PatientInnenbetreuung trotzdem verstärkt dieses Autonomiebedürfnis wahr. Das hat sich in den vergangenen Jahren schon verändert.

Muhri: Ich glaube, die Sterbekultur insgesamt liegt schon auch einem Wandel zugrunde. Zum einen am Land: die Natürlichkeit des Todes und des Sterbens, die wir von unseren Großeltern gewohnt waren, diese gibt es nach wie vor. Das habe ich am Land nach wie vor erlebt. In der Stadt waren vor fünf bis zehn Jahren die Themen *Krankheit, Tod und Sterben* große Tabu-Themen. Wenn ich heute im Stadtkrankenhaus das *Sterben* anspreche und dann noch eine *Palliative Care* anspreche, sind das Herz und die Ohren diesem Thema eher zugewandt als sie es noch vor etwa zehn Jahren waren.

Amschl-Strablegg: Trotzdem ist die Institutionalisierung des Sterbens nach wie vor präsent. Wir sind noch nicht so weit, dass wir das Sterben auch zu Hause wieder zulassen wollen.

„Im Bereich unserer Palliative Care sind die stabilisierenden Strukturen noch einmal klarer und pointierter herausgekommen“

Platzer: Krisen, so sagt man mitunter, machen vorhandene Strukturen sichtbar. Welche Strukturen sind bei Ihrer Arbeit in der Palliativmedizin und Hospizbetreuung sichtbar geworden?

Mubri: Im Bereich unserer Palliative Care sind die stabilisierenden Strukturen noch einmal klarer und pointierter herausgekommen. Wir haben, glaube ich, im gesamten Team einen hohen Anspruch, Verantwortung zu übernehmen und Menschen in ihrer Krise gut zu begleiten und Angehörige gut zu stützen. Damit sind wir auch in der Corona-Zeit gut zurechtgekommen. Wir haben uns bemüht, in den Strukturen gut drinnen zu bleiben und uns daran festzuhalten; und wir haben uns bemüht, die Angst, die bei allen MitarbeiterInnen, bei allen PatientInnen und Angehörigen da war, wahrzunehmen und darauf einzugehen. So haben wir zum Beispiel eine *Corona-Kerze* während dieser Zeit etabliert, die wir bei unseren Besprechungen angezündet haben – manchmal auch mit einem ausgesprochenen Gebet von „Danke und Bitte“; also „Danke“, dass bei uns gerade niemand an Corona erkrankt ist und „Bitte“ für all jene, die von Corona direkt betroffen sind und daran leiden. Die Ängste und das Leiden, die bei Einzelnen und in der Gesellschaft da waren, haben wir also nicht ausgeklammert. Wir haben uns an den bestehenden Strukturen festgehalten, um im Alltag unsere PatientInnen gut begleiten zu können.

Amschl-Strablegg: Ja, wir waren vieles ja schon vorher gewohnt, zum Beispiel was die Hygiene betrifft. Wenn wir PatientInnen mit einem Keim behandeln, dann mussten wir ja immer schon gewisse Schutzmaßnahmen treffen. Das ist uns ja nicht fremd, und diese Schutzmaßnahmen mussten wir dann eben den ganzen Tag über anwenden. Es ist für mich rückblickend äußerst überraschend, wie wenig positive Corona-Fälle wir in unserem Team hatten. Es sind kaum MitarbeiterInnen an Corona erkrankt und auch auf der Station hat es, mit Ausnahme eines einzigen ‚Falles‘, nichts gegeben. Ich finde es sehr bemerkenswert, dass unsere Strukturen und unser Verantwortungsgefühl hier uns gut durch diese Zeit durchgetragen haben. Es muss also ein relativ hohes Level an Verantwortungsgefühl schon immer da gewesen sein, denn es hat nicht gestresst, plötzlich noch

konsequenter zu sein. Die Veränderungen außerhalb der Station waren meines Erachtens weit größer als innerhalb der Station.

Platzer: *Wie sieht eigentlich Ihr multiprofessionelles Team auf der Palliativstation bzw. im Palliativkonsiliarsdienst konkret aus?*

Mubri: Bei uns gibt es insgesamt sechs Berufsgruppen, die immer sehr eng miteinander zusammenarbeiten: am engsten sicherlich die Pflege, die Medizin und die Sozialarbeit; es folgen die Physiotherapie, die Psychotherapie und die Seelsorge, und als Ehrenamtliche haben wir noch HospizbegleiterInnen und eine Therapeutin für die tiergestützte Therapie in unserer Einheit. Wir haben da eine flache Hierarchie und versuchen, achtsam auf Augenhöhe miteinander umzugehen.

Platzer: *Hospiz und Palliative Care umfassen ja die ganzheitliche Betreuung und Begleitung von Menschen mit schweren Erkrankungen, wenn eine Heilung meist nicht mehr möglich ist. Hat sich Ihres Erachtens die Wahrnehmung über Hospiz und Palliative Care während der Pandemie verändert?*

Mubri: Gesellschaftlich eher nicht, aber in unserem Krankenhaus sehr wohl, insofern wir uns bemüht haben, die Covid-Stationen durch unsere Erfahrungen mit Sterben und Tod mitzubegleiten und mitzutragen. Das betraf bzw. betrifft sowohl die akut Erkrankten und die Angehörigen, besonders aber auch das Behandlungsteam einer normalen Station. Und ich glaube schon, dass da eine gewisse Steigerung der Wertschätzung von Hospiz und Palliative Care spürbar geworden ist.

Amschl-Strablegg: Ja, denn wir sind ja im Gegensatz zu anderen Stationen ständig mit dem Sterben konfrontiert. Kolleginnen und Kollegen haben mir erzählt, dass der Allgemeinzustand vieler ihrer PatientInnen zu Beginn ja meist sehr gut war. Viele waren auf dem Weg der Besserung. Plötzlich hat sich dann aber deren Allgemeinzustand durch eine Covid-Erkrankung verschlechtert und diese sind dann relativ rasch verstorben; und diese plötzlichen Wendungen in den Krankheitsverläufen waren für viele KollegInnen sehr belastend.

Platzer: *Hat es viele solche Verläufe gegeben?*

Mubri: Ja, im Krankenhaus sind schon sehr viele an Corona verstorben. Oft sind Menschen mit einem leichten Infekt von zu Hause mit dem ‚Seuchen-Taxi‘ abgeholt worden und dann aber nicht mehr nach Hause zurückgekommen. Das war für jeden Einzelnen in der Familie eine Tragödie. Aber auch die KollegInnen auf der Intensivstation haben bei uns einen

hohen Leidensdruck gehabt. Diese haben die PatientInnen mit all ihren Bemühungen intensivmedizinisch versorgt und behandelt; gleichzeitig haben sie im Vorfeld schon oft gewusst, dass die PatientInnen mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht überleben werden.

Amschl-Strablegg: Erst jetzt, wo sich die Situation etwas entspannt, merkt man, was dies alles mit dem Intensivteam gemacht hat. So kommt z. B. vom Intensivpflegeteam vermehrt der Wunsch nach Supervision auf.

„Mir ist aufgefallen, dass ein Großteil der Betroffenen es gar nicht wollte, als ‚vulnerabel‘ wahrgenommen zu werden“

Platzer: Ältere und schwer kranke Menschen sind vor allem zu Beginn der Corona-Pandemie vor allem als ‚Risikogruppe‘ und als ‚zu Beschützte und Schwache‘ wahrgenommen worden. Welche Auswirkungen hatte diese Fokussierung Ihres Erachtens auf die Betroffenen?

Amschl-Strablegg: Mir ist aufgefallen, dass ein Großteil der Betroffenen es gar nicht wollte, als *vulnerabel* wahrgenommen zu werden. Auf diese Gruppe haben wir meines Erachtens viel zu sehr den Fokus gelegt und dabei andere Gruppen, wie zum Beispiel Kinder, vergessen – zumindest gesellschaftlich.

Muhri: Ich glaube, dass es gut ist, dass unsere Achtung und Sorge auf vorerkrankte Menschen gelegt wurde bzw. wird. Die Konsequenz, dass wir diese zu beschützenden Menschen mitunter ‚weggesperrt‘ haben und normalen Kontakt unterbunden haben, hat aber weder das Leben, noch die Lebensqualität dieser Menschen gefördert.

Platzer: Schauen wir vielleicht noch einmal auf die vergangenen Monate etwas genauer zurück: Inwiefern haben sich dabei die berufsspezifischen Rollen verändert, und welche Konturen einzelner Disziplinen sind dabei besonders sichtbar geworden?

Amschl-Strablegg: Die Pflege ist durch Corona – zusammen mit der Medizin – auf jeden Fall ganz stark in den Fokus gerückt. Ich finde auch, dass die Rolle der Seelsorge sehr in den Vordergrund getreten ist. Mich hat aber auch etwas irritiert, dass gewisse Berufsgruppen auf einmal weniger präsent waren. So hat z. B. die Sozialarbeit plötzlich im Homeoffice gearbeitet. Das war für mich nicht ganz nachvollziehbar.

Muhri: Ich glaube, dass sich bei uns die Konturen insofern geschärft haben, dass wir erkannt haben, dass dort, wo Hilfe notwendig ist, wir

diese auch leisten. Wir haben bewusst das Risiko auf uns genommen, einen positiv getesteten Corona-Patienten zu betreuen, weil wir diesem Menschen unsere Unterstützung einfach schuldig waren. Ich bin auch sehr froh und echt stolz, dass alle in unserem Team bereit waren, zu positiv getesteten Corona-Patienten hinzugehen und Hilfe zu leisten. Das inkludiert alle Berufsgruppen bei uns; erwähnen möchte ich aber insbesondere die Seelsorge. Ich habe nämlich mit Traurigkeit beäugt, dass in anderen Einrichtungen gerade die Seelsorge in einer für Seele und Körper sehr bedrängenden Zeit nicht da sein durfte oder wollte oder konnte bzw. da war.

Amschl-Strablegg: Das ist aber natürlich auch etwas nachvollziehbar, da man am Anfang der Pandemie einfach viel zu wenig gewusst hat und auch Schutzausrüstung nicht immer vorhanden war. Bei den älteren ehrenamtlichen SeelsorgerInnen, aber auch bei HospizbegleiterInnen gingen die Meinungen diesbezüglich zwar auseinander, aber bei uns hatten alle Meinungen ihren Platz: Manche wollten einfach zu Hause bleiben, manche hingegen wollten unbedingt PatientInnen besuchen. Es hat beide Extreme gegeben, und alles hatte ihren Platz. In unserem Haus habe ich diesbezüglich diese Wertfreiheit und Offenheit als sehr positiv wahrgenommen.

„Die Rolle der Seelsorge muss innerhalb der Gesundheitsberufe viel mehr honoriert werden“

Platzer: Glauben Sie, dass es auch nachhaltige Auswirkungen auf einzelne Berufsgruppen geben wird?

Amschl-Strablegg: Ja, vor allem auf die Pflege. Ein Pflegemangel droht nicht nur, ein solcher ist vielmehr schon längst da. Es fürchten sich auch alle vor dem *Pflexit*, also davor, dass viele den Pflegeberuf aufgrund der erfahrenen Überbelastung verlassen werden. Das wird so auch passieren. Jene, die es sich finanziell leisten können, werden wahrscheinlich den Beruf wechseln. Man könnte die Situation der Pflege so zusammenfassen: Zu wenig Geld, zu wenig Freizeit, zu hohe Belastung und zu wenig Anerkennung. Was ich mir auch wünschen würde, ist, dass die Aufwertung der Seelsorge von Dauer ist. Es muss vielmehr gesehen werden, dass die Seelsorge in dieser Zeit da war. Es wird ja z. B. in den Niederlanden schon diskutiert, die Seelsorge zugunsten der Psychologie oder Psychotherapie aus den Krankenhäusern zu entfernen. Das muss unbedingt vermieden werden.

Muhri: Auf jeden Fall! Die Seelsorge kann niemals durch einen Psychologen ersetzt werden. Da hilft es auch nichts, wenn man diesen mit einem ‚Spiritual-Care-Stempel‘ versieht. Das halte ich für grundfalsch! Die Rolle der Seelsorge muss innerhalb der Gesundheitsberufe viel mehr honoriert werden.

Amschl-Strablegg: Und die SeelsorgerInnen könnten und sollten auch etwas selbstbewusster auftreten.

Muhri: Das stimmt. Das Selbstbewusstsein der Seelsorge ist auf jeden Fall ausbaufähig. In vielen Spitälern habe ich erlebt, dass die Krankenhausseelsorge oft nur schüchtern um die Ecke schaut und auch nicht ihren Platz zugewiesen bekommt. Ich bin unheimlich dankbar, dass wir in unserem Haus eine sehr präzente Krankenhausseelsorge haben. Wir bemühen uns auch, ihr wirklich einen gleichrangigen Platz an unserem Tisch zu geben, weil sie in der Versorgung eines Palliativpatienten oft eine sehr wichtige Rolle einnimmt, manchmal sogar die wichtigste!

Amschl-Strablegg: Ja, das sehe ich auch so.

Platzer: Welche Konzepte und Leitlinien haben sich bei Ihrer Arbeit während der Pandemie bewährt?

Amschl-Strablegg: Zu Beginn der Pandemie habe ich es schon irrsinnig bewundert, mit welcher Sicherheit wir durch diese geführt worden sind, obwohl man so wenig darüber gewusst hat. Aus der kollegialen Führung hat sich ein Krisenstab gebildet, und da stand natürlich die Krankenhaus-Hygiene zunächst im Mittelpunkt. Die Hygiene zählt ja im Allgemeinen nicht zu den beliebtesten Abteilungen eines Krankenhauses. Sie muss auch immer sehr strukturiert arbeiten. Plötzlich war diese dann aber an vorderster Front, und ihre Strukturiertheit hat sich irrsinnig bewährt. Wir hatten auch stets die für uns relevanten Informationen, es gab immer wieder Handlungsanweisungen über Hygienemaßnahmen. Auch die Krankenhaus-Apotheke hat sich extrem gut bewährt, sowohl was die Beschaffung, als auch die Herstellung von Desinfektionsmitteln betrifft.

Muhri: Die Hygienemaßnahmen haben sich tatsächlich sehr gut bewährt. Ich bin auch sehr dankbar darüber, dass wir mit viel Verantwortungsbewusstsein und Fingerspitzengefühl die Vorgaben und Leitlinien umsetzen haben können und trotzdem eine gewisse Berührung mit den Menschen, die in Not waren, möglich machen haben können.

Amschl-Strablegg: Was mir diesbezüglich dazu noch einfällt: Zunächst wurde ja kaum jemand in die Krankenhäuser hineingelassen. Wir haben uns dann aber relativ rasch darum bemüht, dass die Ehrenamtlichen wieder zu uns kommen können – natürlich nur jene, die es auch wollten.

Das heißt: Wir haben am Konzept der multiprofessionellen Begleitung festgehalten, und das hat sich rückblickend auch sehr bewährt. Alle haben sich an die Maßnahmen gehalten, und wir hatten sogar wieder HospizpraktikantInnen bei uns. Da gab es eben auch Rückendeckung im Haus.

Muhri: Ja, ich finde es sehr schön, dass unsere Hausleitung uns den Freiraum gegeben hat, dass wir jederzeit Angehörigenbesuch möglich machen konnten, wenn es notwendig war – und das ist im palliativen Segment eben sehr oft, wenn nicht immer der Fall. In all unseren Einrichtungen war immer Besuch möglich.

„Die Krise gehört zu unserem Alltag“

Platzer: Die Corona-Krise war und ist für alle Beteiligten eine hoch emotionale Zeit. Wie hat sich dies bei Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bemerkbar gemacht?

Muhri: Immer dann, wenn bei uns im Team etwas emotional belastend wird, steigt der Redebedarf. So hat auch Corona den Redebedarf und die Emotionen gesteigert bzw. verändert. Ich glaube, dass es uns gut gelungen ist, die Maßnahmen so umzusetzen, dass sie allen MitarbeiterInnen Sicherheit gegeben haben und dass dabei trotzdem palliative Arbeit in einem sinnhaften Tun weiterhin möglich war. Das ging aber nur durch ständiges Durchbesprechen der jeweiligen Situation: Was braucht es nun an Vernunft bei der Umsetzung von Maßnahmen? Und was braucht es gleichzeitig für eine palliativberührende Versorgung?

Platzer: Welche ‚Räume‘ gibt es diesbezüglich auf Ihrer Station, damit dieser angesprochene Redebedarf gestillt werden konnte bzw. kann?

Muhri: Reden gehört bei uns zur Alltagskultur. Bei uns ist fast jeder Raum gut und geeignet, um in Resonanz zu gehen. Das wird auch genutzt. Wir haben natürlich auch strukturierte Besprechungen. Die Tagesplanung zum Beispiel findet bei uns täglich in der Früh statt, und wir haben auch die interdisziplinäre PatientInnenbesprechung, wo alle Berufsgruppen zusammenkommen. Das sind die fixen Besprechungs-Zeiten, wo natürlich auch Corona und seine Ängste ihren Raum hatten. Es hat aber auch bei vielen Visiten oder sonstigen Begegnungen in der Teeküche und am Gang natürlich unterstützende Gespräche gegeben, und wir nutzten und nutzen auf unserer Station auch immer wieder Einzel- und Gruppensupervisionen, um ins Gespräch zu gehen.

Amschl-Strablegg: Das ist aber nicht überall so in unserem Haus. Der Redebedarf ist überall gestiegen, die Möglichkeiten zum Reden waren aber oft begrenzt. Da gibt es zwischen dem Palliativbereich und anderen Abteilungen gravierende Unterschiede. Ich habe mit vielen KollegInnen im Haus gesprochen. Für viele war es wirklich katastrophal, sich nicht mehr untereinander austauschen zu können, weil man ja ständig Schutzausrüstung tragen musste. Die Sozialräume sind ja oft sehr klein. Es hat auch kein gemeinsames Essen mehr gegeben. Das heißt, das so genannte *Informelle* ist komplett weggefallen. Vor allem die Pflege betreibt sehr viel Psychohygiene informell, z. B. beim Kaffeetrinken oder beim Essen. Ich weiß von vielen Hauskrankenpflegerinnen, die besonders daran leiden, dass sie ihre Kolleginnen ein ganzes Jahr lang nicht mehr gesehen haben, weil sie nicht mehr am gemeinsamen Stützpunkt sein durften. Gut funktionierende Teams sind aus diesen Gründen auseinandergebrochen. Das Zwischenmenschliche ist dabei sehr oft verloren gegangen. Auf unserer Station konnten wir das hingegen kultivieren. Wir wissen auch, dass wir das pflegen müssen, und das wollen wir auch weiterhin!

Muhri: Die Wichtigkeit des Zusammenhalts im Team war uns natürlich schon vorher bewusst, weil wir häufig Krisen haben. Die Krise gehört zu unserem Alltag. Jetzt kam durch Corona eben noch eine andere Krise mit einer anderen Dimension dazu, weil natürlich auch wir Angst um unsere Gesundheit hatten. Aber die Grundstruktur *Krise* und das Umgehen mit Krisen, das war uns nicht fremd.

Amschl-Strablegg: Ja! Wir haben ja fast ausschließlich PatientInnen, die sich aller Wahrscheinlichkeit nach in der schlimmsten Krise ihres Lebens befinden. Apropos Redebedarf: Wir haben uns auch regelmäßig *online* mit unseren Ehrenamtlichen getroffen. Denen war dies ein großes Anliegen, denn diese waren zu Beginn der Pandemie ja auch alle quasi zu Hause ‚eingesperrt‘. Ich glaube jedoch, dass die Kontakt-Angebote für Professionelle – und hier rede ich primär von anderen Stationen – nicht in diesem Ausmaß genutzt worden sind wie bei unseren Ehrenamtlichen, weil die meisten Ärzte, Ärztinnen oder PflegerInnen es einfach nicht gewohnt sind, irgendwo hinzugehen und sich auszutauschen, wie es einem geht. Für uns hingegen ist das ganz normal. Es hat in unserem Haus auch das Angebot der Seelsorge und der Psychotherapie für alle gegeben. Diese Nutzung hat sich meines Wissens auch in Grenzen gehalten.

Muhri: Die Haltung ist oft vielmehr jene: „Man schafft das schon alleine!“

Amschl-Strablegg: Ja, das glaube ich auch. Ich hatte kürzlich folgende Rückmeldung aus der Intensivstation: „Ich bin Intensivschwester – ich muss das auch aushalten!“ Ich bin der Meinung, dass viele von uns mehr

auf sich selber schauen müssen. Da geht es um die Achtsamkeit sich selber gegenüber. Das muss man aber in *guten Zeiten* trainieren!

Platzer: Jürgen Habermas hat kürzlich geschrieben: „So viel Wissen über unser Nichtwissen und über den Zwang, unter Unsicherheit handeln und leben zu müssen, gab es noch nie.“ Wie kann man also in Zeiten großer Unsicherheiten als Führungskraft Sicherheit geben und Vorbild sein?

Mubri: Spontan fällt mir der Gedanke ein, dass dies nur dann gelingen kann, wenn man selbst authentisch unterwegs ist.

Amschl-Strablegg: Dem kann ich mich nur anschließen!

„Einsamkeit lässt Menschen auch sterben – das weiß man.“

Platzer: Fanden Sie die Verhältnismäßigkeit der Schutzmaßnahmen als angemessen?

Mubri: Was unsere Einheit betrifft: ja. Ich habe es jedoch sehr traurig empfunden, von manchen Pflegeheimen zu hören, dass alte, einsame Menschen quasi ‚weggesperrt‘ wurden. Das ist eine Maßnahme, die sich für mich tatsächlich nicht mit den Menschenrechten vereinbaren lässt und die für mich inhuman und zutiefst würdelos ist. Die Maßnahmen, wie sie bei uns dann tatsächlich auch umgesetzt worden sind, finde ich hingegen vollkommen in Ordnung, und da habe ich auch von allen PatientInnen ein großes Verständnis wahrgenommen und keinen ‚Kampf‘ dagegen.

Amschl-Strablegg: Da bin ich zwar grundsätzlich auch deiner Meinung, aber ich möchte dazu noch folgendes anmerken: Das klingt hier fast so, als seien für manche unbefriedigende Situationen in den Pflegeheimen ausschließlich die Betreiber verantwortlich. Das ist aber nicht so. Ich habe diesbezüglich mit vielen Leuten gesprochen. Die meisten befanden sich tatsächlich in einer furchtbaren Misere. Hätte man die Menschen nicht so geschützt, und viele wären verstorben, dann hätte es auch einen Aufschrei gegeben. Als Pflegeheim hätte man es in dieser Situation wohl niemandem recht machen können. Andererseits bin ich auch bei dir, weil Einsamkeit lässt Menschen auch sterben – das weiß man.

Mubri: Das soll auch nicht als vereinfachte Schuldzuweisung gegenüber Pflegeheimen verstanden werden. Das hätten wir als Gesellschaft anders lösen müssen.

Amschl-Strablegg: Wie sagte Kierkegaard so schön: „Das Leben wird vorwärts gelebt, kann aber nur rückwärts verstanden werden.“

Platzer: *Welche ethischen Fragen sind verstärkt bei der Begleitung Sterbender während der Corona-Zeit aufgetaucht?*

Mubri: Ich würde sagen, dass die Frage nach der Würde und der Wichtigkeit der Beachtung der Einzigartigkeit eines jeden Menschen vermehrt zum Vorschein gekommen ist. Neben all diesen Maßnahmen geht es zunächst immer um den konkreten Tod eines Menschen im Kontext von vielleicht notwendigen Präventivmaßnahmen. Was nun aber ein würdevolles Sterben bedeutet, das kann immer nur die betroffene Person beurteilen. Da müssen wir hinhören, und jenes dann dieser Person so gut es geht ermöglichen. Ich möchte als Beispiel wieder die Seelsorge heranziehen: Ich würde mir in meinem Sterben unbedingt eine seelsorgliche Begleitung wünschen; und ich würde mir vom seelsorgenden Menschen den Mut wünschen, dass er auch dann mich begleitet, wenn ein geringes Risiko für ihn entsteht, an einer hoffentlich nicht schweren Erkrankung deswegen zu erkranken. Mut und Verantwortung, das brauchen wir in dieser Welt einfach. Ohne sich darauf zu verlassen oder auszureden, dass dafür irgendjemand anderes irgendwann zuständig sein könnte.

„Eine frisch desinfizierte Hand kann ich immer jemandem reichen. Das ist einfach eine Sache des Hausverstandes“

Platzer: *Weil Sie gerade das Thema ‚Würde‘ angesprochen haben: Welche Auswirkungen hatten die ganzen Maßnahmen und Veränderungen auf Ihre PatientInnen?*

Amschl-Strablegg: Den Leuten fehlte vor allem unsere Mimik. Sie verstanden uns schlechter, weil sie ja nicht auf unsere Lippen blicken konnten. Deshalb haben wir – so lange es nur ging – auch nur Schutzschilder getragen. Aber sonst hat es meines Erachtens bei uns eigentlich keine großen Veränderungen für PatientInnen gegeben – auf den Corona-Stationen allerdings sehr wohl, denn dort waren die Sicherheitsvorkehrungen ja viel strenger.

Mubri: Was ich schon auch erlebt habe und immer noch erlebe, ist, dass die Menschen nicht mehr berührt werden – von der Pflege natürlich schon –, aber sonst ist Berührung jetzt eher tabuisiert worden. Da hat sich auch bei uns etwas verändert. Ich gehe normalerweise mit jedem Patienten in Berührung. Momentan allerdings nur dann, wenn ich glaube, dass es die jeweilige Situation unbedingt verlangt.

Amschl-Strablegg: In der Pflege geht es natürlich nicht ohne Berührung. Was ich aber diesbezüglich oft nicht verstehe, ist, dass ganz viele Menschen einfach begonnen haben, ihren Hausverstand auszuschalten. Wenn ein Mensch schwer krank ist, gehen wir mit diesem natürlich auch weniger in Berührung. Wenn ich nun aber das Zimmer eines *normalen* Palliativpatienten betrete, dann werde ich mir natürlich immer meine Hände desinfizieren. Diese sind dann sauber, und ich bin nicht mehr ansteckend. Ohne jemanden jetzt zu irgendetwas ermutigen zu wollen: Eine frisch desinfizierte Hand kann ich immer jemandem reichen. Das ist einfach eine Sache des Hausverstandes. Und wenn jemand sterbend ist, dann bräuchte ich nicht einmal das zu machen, denn diese Person stirbt gerade; und es ist in so einer Situation egal, ob meine Hand desinfiziert ist oder nicht.

Muhri: Hier geht es wiederum darum, Verantwortung wahrzunehmen. Es stimmt schon: Hygienemaßnahmen sind wichtig, aber wenn man sich vor und nach den Berührungen desinfiziert: Was soll dann sein?

Platzer: *Hat Ihres Erachtens also die Bedeutung einer körperlichen Berührung zugenommen?*

Muhri: So wie Wasser in der Wüste, ja – voll und ganz.

Amschl-Strablegg: Aber nicht nur bei den PatientInnen, sondern auch bei uns MitarbeiterInnen! Sich einander spüren – zum Beispiel das Umarmen einer Kollegin – ist mitunter extrem wichtig! Das Vermeiden körperlicher Nähe ist aber jetzt zum Alltag geworden, und ich fürchte, dass dies auch so bleiben wird. Obwohl ich eigentlich keine Angst hatte, habe ich mir das körperliche Distanz-Halten ebenso extrem angewöhnt und verinnerlicht. Das ist eigentlich eigenartig.

Platzer: *Gab es Situationen mit PatientInnen, die Ihnen besonders im Gedächtnis geblieben sind?*

Muhri: Auf unserer Station gab es wie erwähnt nur einen einzigen Patienten, der positiv war, und als wir diesen dann im Sterbeprozesses auf die Corona-Station haben bringen müssen, hat das unser Palliativ-Herz bluten lassen, weil wir niemanden in einer Sterbephase woanders hingeben wollen. Aber es war zum Schutz der anderen einfach notwendig.

Amschl-Strablegg: Mir fällt auch eine besondere Situation mit einem Patienten ein. Wir hatten zu Beginn der Corona-Pandemie im VinziDorf-Hospiz einen Patienten mit einer terminalen Erkrankung. Diese war zwar bereits weit fortgeschritten, aber der Patient war noch in einer guten Allgemeinverfassung. Sein Wunsch war, dass er noch einmal seine Füße in den Sand an der Adria stecken möchte. Und wir beide – Dr. Muhri

und ich – haben tatsächlich begonnen, diese Reise nach Italien zu planen. Wir wollten mit einem Malteser-Krankenwagen ans Meer fahren, um dem Patienten seinen letzten Wunsch zu ermöglichen. Zunächst waren die Grenzen noch geschlossen, doch im Juni gingen sie endlich wieder auf, und wir wollten dann die Reise starten. Nur leider ist der Patient dann einen Tag vorher verstorben. Aber diese Reise war und ist immer für uns präsent, obwohl sie gar nicht stattgefunden hat.

Platzer: *Palliative Care umfasst ja auch die Begleitung und Betreuung der Angehörigen. Was hat sich diesbezüglich in den vergangenen Monaten verändert?*

Mubri: In unserer Einheit hat sich für die Angehörigen prinzipiell nicht viel verändert. Sie mussten bzw. müssen sich lediglich immer testen lassen bzw. einen Test vorweisen, bevor sie zu uns kommen, und sie müssen auch eine Maske tragen. Dann können sie wie immer ganz normal zu Besuch kommen.

Platzer: *Hat sich dabei im Lauf der Zeit etwas in deren Verhalten verändert?*

Amschl-Strablegg: Ja! Am Anfang waren alle total froh und dankbar, dass sie ihre Angehörigen besuchen konnten. Jetzt ist wieder alles selbstverständlich. Wenn wir heute manche Angehörigen auf die Maskenpflicht im Zimmer aufmerksam machen, dann müssen wir uns sogar manchmal anpöbeln lassen. Hier merkt man auch eine große Müdigkeit, was die Maßnahmen betrifft.

„Familiengespräche werden mit oder ohne Corona weiterhin auch online durchgeführt werden können“

Platzer: *Wie haben Sie Ihre Kommunikationskanäle während der Pandemie angepasst?*

Mubri: Wir haben zum Beispiel von den Maltesern sechs iPads übergeben bekommen, mit denen Angehörige dann auch visuell mit isolierten PatientInnen Kontakt aufnehmen konnten.

Amschl-Strablegg: Auf diesem Gebiet wird es sicherlich zu nachhaltigen Veränderungen kommen, vor allem für Angehörige mit weit entferntem Wohnsitz. Familiengespräche werden mit oder ohne Corona weiterhin auch online durchgeführt werden können.

Mubri: Ja, der Sohn, der in Amerika wohnt, darf am Familiengespräch teilnehmen.

Platzer: *Wie konnten An- und Zugehörige von Menschen, die im Sterben lagen oder bereits verstorben waren, Abschied nehmen? Was ist diesbezüglich anders geworden?*

Muhri: Bei uns auf der Station war und ist es so wie immer. An Corona erkrankte Sterbende durften von Angehörigen bei uns im Haus auch besucht werden, und entsprechend konnte das *leibliche Abschiednehmen* im Krankenzimmer auch passieren.

Amschl-Strablegg: Auch wenn jemand plötzlich verstorben ist, hat es im Anschluss daran bei uns Verabschiedungen gegeben. Diese wurden oft von unserer Seelsorgerin gestaltet. Auch diesbezüglich hat die Seelsorge wiederum einen immensen Beitrag geleistet. Diese hat für so viel Menschlichkeit in unserem Haus gesorgt. Nicht, dass die anderen Berufe diese nicht zum Ausdruck bringen könnten oder konnten, aber die Umstände haben einfach vieles nicht zugelassen, was dann von der Seelsorge wiederum übernommen wurde.

Platzer: *Weil Sie wiederum die Seelsorge ansprechen: Ist es auch von Seiten der anderen Berufsgruppen zu einer, von Ihnen immer wieder diagnostizierten ‚Aufwertung der Seelsorge‘ gekommen?*

Muhri: Ich glaube, in unserer Einheit ist es zu einer Aufwertung der Seelsorge von einem schon relativ hohen Niveau auf ein jetzt wirklich adäquates Niveau gekommen. Wie es auf den anderen Stationen aussieht, das weiß ich nicht.

Amschl-Strablegg: Andere Stationen kann ich auch nicht beurteilen. Das hängt aber meines Erachtens maßgeblich von den Leitenden der Stationen ab. Wenn der Seelsorge von der Stationsleitung Raum gegeben wird, dann bekommt jene auch automatisch einen gewissen Stellenwert. Das hat dann Vorbildwirkung, weil die MitarbeiterInnen orientieren sich ja an der Leitung – bewusst oder unbewusst.

„Obwohl ich geimpft bin, würde ich eine verpflichtende Impfung als Voraussetzung für die Ausübung meines Berufes nicht wollen“

Platzer: *Kommen wir zu einem anderen Bereich: Inwiefern kommt es zu Ihnen zu Diskussionen über das Thema ‚Impfung des Gesundheitspersonals‘?*

Muhri: Ich persönlich stehe einem jeden körperlichen Eingriff, der verpflichtend ist, skeptisch gegenüber. Wenn von einem Impfstoff jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit eine gute Wirkung und kaum Nebenwir-

kungen zu erwarten sind, dann gilt es aber auch, verantwortlich mit dieser Ressource umzugehen und diese anzunehmen, wenn dieser Impfstoff dir angeboten wird.

Platzer: Die österreichische Bioethikkommission spricht in diesem Kontext nicht von einer Impfpflicht für das Gesundheitspersonal, sondern sieht eine Impfung gegen COVID-19 vielmehr als eine ‚Berufsausübungserfordernis für die Gruppe der Pflege- und Gesundheitsberufe‘. Wie stehen Sie einer solchen Forderung gegenüber?

Amschl-Strablegg: Ich sehe solche Forderungen sehr kritisch! Obwohl ich geimpft bin, würde ich eine verpflichtende Impfung als Voraussetzung für die Ausübung meines Berufes nicht wollen. Auch ich habe einige Zeit gebraucht, bis ich von dieser Impfung überzeugt war. Ich versuchte mich diesbezüglich einfach aus seriösen, wissenschaftlichen Quellen zu informieren. Dazu noch eine Anmerkung: In meinem Team sind rund zwei Drittel geimpft. Die Entscheidung für oder gegen eine Impfung soll jedoch jeder und jede selbst fällen. Ich kann aber nicht nachvollziehen, wenn ein nicht geimpftes Teammitglied trotz eines Schnupfens zum Beispiel unbedingt zur Arbeit kommen will, nur weil es glaubt, unentbehrlich zu sein. So etwas finde ich unverantwortlich, denn erstens werden dadurch andere einer potenziellen Gefahr ausgesetzt und zweitens hätte eine Infizierung weitreichende Folgen auf der organisatorischen und bürokratischen Ebene – Stichwort verpflichtende Quarantäne, Contact-Tracing, Sicherung und Aufrechterhaltung des Betriebs usw.

Platzer: Was glauben Sie als Pflegefachfrau, warum sich bei uns in Österreich sehr viele Pflegerinnen und Pfleger bis jetzt nicht haben impfen lassen?

Amschl-Strablegg: Ehrlich gesagt halte ich dies großteils für eine Trotzreaktion. Am Anfang gab es den viel zitierten *Applaus für die Pflege*, dann kam die Diskussion über Entschädigungen, und letztlich gab es für uns nur eine Bagatelle, nämlich einen einzigen ‚schäbigen‘ Urlaubstag! Ich wollte diesen sogar verschenken, so erzürnt war ich darüber – und ich habe ihn gar nicht verschenken dürfen! Und dann hat es plötzlich geheißen: „Wir [die Pflegekräfte] müssen als erstes geimpft werden.“ Da kann ich nur darauf antworten: „Wir müssen gar nichts!“ Ich habe mich dann zwar später impfen lassen, aber einige Kolleginnen lehnen eine Impfung vielleicht nach wie vor aus den von mir vermuteten Gründen ab.

Ich möchte gerade in diesem Kontext auf die unglaubliche Flexibilität unserer MitarbeiterInnen in der Pflege aufmerksam machen: Es gab z. B. eine Situation, wo plötzlich eine ganze Station ohne Personal dagestanden

ist. Am Karfreitag hat mich unsere Pflegedirektorin zu Mitternacht angerufen und hat mich gefragt, ob ich für den nächsten Tag überhaupt noch jemanden zum Arbeiten habe. In solchen Situationen sind dann immer andere KollegInnen eingesprungen und das ist auch jetzt noch so. Da herrscht eine unglaubliche Flexibilität, da gibt es kein „nein“, und da gibt es auch kein Jammern!

Platzer: *Worauf führen Sie diese Grundhaltung des Pflegepersonals eigentlich zurück?*

Amschl-Strablegg: Ich glaube, dass Pflegende mit einem überdurchschnittlichen Pflichtbewusstsein ausgestattet sind. Es gehört zur Pflege quasi als *Dogma* dazu, dass man dann, wenn jemand ausfällt, sofort bereit ist, einzuspringen. Das ist ein ungeschriebenes Gesetz. Das hat aber auch seine Kehrseite: So werden Menschen sehr leicht ‚verheizt‘.

Platzer: *Kommen wir noch einmal zum Thema ‚Impfung‘ zurück: Sind eigentlich die PatientInnen auf Ihrer Station geimpft worden?*

Muhri: Im Setting der Palliativstation wird meistens nicht geimpft. RisikopatientInnen im Haus werden aber schon geimpft.

Amschl-Strablegg: Da wäre es in unserer Abteilung vernünftiger, man würde die Angehörigen impfen.

„Wozu erlauben wir jetzt den ‚assistierten Suizid‘, wenn wir jedes Leben schützen wollen?“

Platzer: *Wir leben nun schon fast eineinhalb Jahre mit der Pandemie. Wie sind Sie persönlich mit den Herausforderungen der vergangenen Monate umgegangen?*

Amschl-Strablegg: Ich habe ganz normal weitergearbeitet, mein Leben hat sich eigentlich wenig verändert. Ich arbeite gleich viel wie immer.

Platzer: *Was hat sich in dieser Zeit als Ressource erwiesen?*

Amschl-Strablegg: Da greife ich ebenso auf dieselben Ressourcen zurück wie sonst auch: Natur, Familie, Haustiere.

Muhri: In Berührung bleiben, so gut es geht. Zu deinen genannten möchte ich für mich noch Musik und vor allem die Religion ergänzen. Dass diese in manchen Facetten nicht gefeiert werden konnte, war belastend – hat aber dafür neue Facetten entstehen lassen.

Platzer: Abschließend noch eine Frage: Welche allgemeinen Lehren ziehen Sie eigentlich aus der Pandemie?

Amschl-Strablegg: Wozu erlauben wir jetzt den assistierten Suizid, wenn wir jedes Leben schützen wollen? Pandemie und assistierter Suizid – das geht einfach nicht zusammen, das ist doch ein Widerspruch!

Mubri: Ich möchte es etwas allgemeiner formulieren: Für mich ist die Erkenntnis durch Corona das Bewusstsein, dass wir Menschen hier auf der Erde nichts Angreifbares haben, das uns hundertprozentige Sicherheit bietet. All dieses Sicherheitskorsett, das wir uns in der Gesellschaft aufgebaut haben, ist immer nur relativ und bleibt relativ. Meine Erkenntnis daraus ist, dass wir versuchen sollten, in gegenseitiger Solidarität zu einer gewissen Demut zu gelangen, miteinander achtsam umzugehen und trotzdem immer diese Endlichkeit vor Augen zu haben.

Platzer: Vielen herzlichen Dank für das Gespräch. Ich wünsche Ihnen weiterhin alles Gute!

Der klinische Alltag in einer COVID-19-Intensivstation

Lisa Pongratz, befragt von Wolfgang Kröll

Kröll: Liebe Lisa! Danke für deine Bereitschaft mir für den zweiten Band des Buches „Die Corona-Pandemie“ einige Fragen zu deiner Tätigkeit und deiner Sicht der Dinge im Gesundheitswesen zu beantworten:

Du arbeitest als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin (DGKP) auf einer chirurgischen Intensivstation, die sich auf die Behandlung und Betreuung von Patienten spezialisiert hat, die mit SARS-CoV2 infiziert sind? Wie geht es dir und deinen Kolleginnen dabei?

Pongratz: Als die vielen beklemmenden Horrorszenerarien aus China medial portiert wurden, und das ungeheure Ausmaß der rasanten Virusverbreitung sich zu einer Pandemie entwickelte, war mir klar, dass auch Österreich davon betroffen sein wird. Unsere Station ist spezialisiert auf die intensivmedizinische Behandlung von chirurgischen Patientinnen unterschiedlichster Disziplinen, mit hohen Belegzahlen, ausgestattet mit 10 Beatmungspositionen, davon 2 Isolierkojen. Aufgrund der baulich isolierten Lage in einem Innenhof, erwies sich unsere Station zur Behandlung von COVID-19-positiven PatientInnen mit Intensivpflegebedarf als strategisch günstig. Nach anfänglich gemischten Übergangslösungen und im engen Austausch mit den anderen Intensivstationen wurde unsere Station Anfang November als SARS-CoV2 positive Intensivisoliereinheit ausgewiesen. Die unmittelbare Konfrontation mit einem neuartigen Virus, das Gefühl unmittelbar „an der Front zu sein“, machte das Team betroffen und erzeugte auch bei uns große Unsicherheit und Anspannung: einerseits war da Angst vor Ansteckung, um die eigene Gesundheit, der Familie, des privaten Umfelds, werden wir die Anforderungen bewältigen? Auf der anderen Seite konnten wir im Gegensatz zu anderen Stationen von vornherein das Risiko einschätzen, wir nahmen ausschließlich SARS-CoV2-positiv getestete Patientinnen auf.

Kröll: *Gibt es bzw. hat es bei euch Mitarbeiter gegeben, die sich infiziert haben und die an COVID-19 erkrankt sind? Sind diese schon wieder genesen oder leiden sie noch an den Folgen dieser Erkrankung? Wie geht es Dir persönlich bzw. wie geht es deinem privaten und familiären Umfeld? Gibt es in diesem Bereich infizierte Familienmitglieder? Bist du geimpft? Und wie hast du die Impfung vertragen, hattest du irgendwelche Impfreaktionen? Du hast dich bis jetzt nicht infiziert; achtest du mehr auf deinen eigenen Schutz, mehr auf deine eigene Hygiene als jene Mitarbeiterinnen, die an COVID-19 erkrankt sind? Die fehlende Bereitschaft Hygienemaßnahmen einzuhalten, ist das aus deiner Sicht einfach ein schlampiges Verhalten oder ist es eine Nicht-Akzeptanz dieser Maßnahmen als sinnvoll?*

Pongratz: Wir waren und sind als SARS-CoV2-positive Intensivstation privilegiert, was den Impfzeitpunkt und die Personaltestungen betreffen. Ich durfte die betriebliche Gelegenheit zur Impfung schon im Jänner 2021 nützen, nur begleitet von lokal auf den Oberarm beschränkten geringen Schmerzen bis zum 2. Tag nach der Impfung. Ich war einfach nur erleichtert und fühle mich durch die Impfung, den regelmäßigen PCR Testungen und der Schutzkleidung beruflich optimal geschützt.

Auf der eigenen Station gibt es nur einen geringen Anteil an infizierten MitarbeiterInnen. Gemäß der sehr strengen Hygienerichtlinien und dem Bemühen um deren Einhaltung aller im Team, kann davon ausgegangen werden, sich dienstlich nicht angesteckt zu haben. Zum Teil nur leicht erkrankt oder asymptomatisch, sind alle genesen, meines Wissens ohne Einschränkungen.

Die Möglichkeit einer Ansteckung besteht meiner Meinung nach eher im privaten Umfeld, in der Öffentlichkeit, wo man sich über den ignoranten und teils sorg- und verantwortungslosen Umgang mancher Mitmenschen nur wundern kann! So sind Ansteckungen und Clusterbildungen möglich. Da gilt es, vorsichtig zu bleiben.

Ich habe auch die organisatorische Problematik im Bereich der 24-Stundenpflege im Rahmen der Betreuung meiner 92-jährigen Mutter kennengelernt. Da lernt man den hohen Standard des eigenen Gesundheitssystems erst richtig schätzen! Die Empfehlungen der Experten zu befolgen, sind für mich selbstverständlich! Dazu zählen zum Beispiel auch regelmäßige Antigentests und sich impfen zu lassen aus Riesenrespekt vor der Gesundheit meiner Mitmenschen. Ähnlich verhält sich auch mein enges privates Umfeld, das bisher Gott sei Dank vor Ansteckungen verschont geblieben ist.

Kröll: *Die Corona-Pandemie ist über Europa relativ plötzlich und nicht ganz vorhersehbar hereingebrochen. Wie war die Intensivstation darauf vorbereitet? Wurden euch ausreichend Schutzanzüge, Schutzbrillen und Masken von Anfang an zur Verfügung gestellt oder gab es dabei irgendwelche Probleme und Mängel? Haben notwendige Utensilien (Masken, Schutzanzüge, Desinfektionsmittel etc.) gefehlt bzw. waren sie nur in eingeschränkter Form verfügbar?*

Pongratz: Auch wenn sich die Betreuung und Behandlung von IntensivpatientInnen wesentlich von der Betreuung und Behandlung von PatientInnen auf einer Normalstation unterscheidet, haben wir alle eine solche Situation, nämlich mit Schutzausrüstungen zu arbeiten, noch nicht erlebt – zumindest nicht auf chirurgisch-anästhesiologischen Intensivstationen. Die Vorbereitung auf die Pandemie ging rasch und in Schritten vor sich: Routineeingriffe wurden abgesagt, Räumlichkeiten, ganze Stationen, Gebäude wurden adaptiert; das Personal wurde informiert via E-Mail und autorisierten Whats-App-Gruppen; regelmäßig fanden Schulungen statt, Krisenstäbe mit täglichen Upgrades waren an der Tagesordnung und Videokonferenzen zur raschen und kontaktlosen Informationsweitergabe wurden angeboten. Unsere Stationsleitung war rund um die Uhr erreichbar, unermüdlich am Organisieren, um sich und uns über aktuelle Arbeitsanweisungen zu informieren. Auch wir als Team versuchten unser Bestes zu geben und alle Anordnungen umzusetzen.

Am 21. März 2020 dann der erste Lockdown. Alles stand zum ersten Mal still: die Stadt, das Land, die Wirtschaft, die Gesellschaft. Social Distancing war angeordnet und die Krankenanstalten befanden sich in Warteposition.

Menschenleere Gänge in einem sonst pulsierenden Zentralkrankenhaus. Security an den Eingängen, Zugangsbeschränkungen überall. Gruselig. Anonyme, maskierte Gesichter. Keine sichtbare Mimik, die Kommunikation und die Wahrnehmung sind erschwert durch das ständige Tragen von Schutzmasken.

Strenge Hygienemaßnahmen mit jedem Schritt und Tritt, bei jeder Tätigkeit. Die Beschaffung ausreichender Schutzausrüstung war für den Betrieb sicherlich eine logistische Höchstleistung unter der anfänglich allgemein herrschenden Knappheit an Versorgungsmaterial. Unser persönlicher Schutz als „Systemerhalter“ war jedoch immer ausreichend sichergestellt.

Die Arbeit in Schutzkleidung ist im Umfeld einer Intensivbehandlung ja nichts Außergewöhnliches, die Einhaltung von Hygienerichtlinien am Intensivbett ist selbstverständlich und eine Bedingung am Krankenbett

und dessen Umfeld. Die besonderen Umstände mit stundenlangem Eingehüllt-Sein in Kunststoff von Kopf bis Fuß, enganliegenden FFP 2/3 Mundmasken und Schutzbrillen als ständige Begleiter über die gesamte Dienstzeit von bis zu 12,5 Stunden, zehrt aber an der körperlichen Belastbarkeit: der Mund ist ständig trocken. Nach kurzer Zeit laufen manche Brillen an, schwitzen und Durst wird zur logistischen Herausforderung. Der Wechsel der Schutzausrüstung ist bei jedem/jeder PatientIn notwendig, beim Gang auf die Toilette. Nach einer kontinuierlichen Dienstfolge von mehreren Tagen ist das körperlich spürbar und benötigt längere Regenerationszeiten als üblich.

Es gibt strenge Pausenregelungen, nur 4 Personen dürfen gleichzeitig im Sozialraum während der Nahrungsaufnahme anwesend sein. Das braucht zeitliche und räumliche Adaptierung. Nebenbei entstehen Unmengen an Müll. Die Bereitstellung von waschbaren OP-Mänteln brachte erfreulicherweise Erleichterung durch einen besseren Tragekomfort und geringeren Müllmengen.

Mittlerweile sind wir routinierter im Umgang mit den Utensilien, und auch in der Betreuung von an COVID-19 erkrankten Personen. Die sinkende Infektionsrate lässt auf erste Impferfolge und einen Rückgang der Pandemie hoffen. Das Virus selbst wird sich einbürgern, aber hoffentlich berechenbar werden.

Kröll: *Wie hast du generell die Zeit der Pandemie an deinem Arbeitsplatz erlebt? Waren die Arbeitsbedingungen für dich und deine Kolleginnen akzeptabel? Wie ist es Dir und deinen Kolleginnen bei der doch sehr aufwendigen Betreuung von Intensivpatienten ergangen?*

Pongratz: Der Umstieg auf eine rein positive SARS-CoV2-Station brachte Veränderungen mit sich: lange Behandlungsdauer aufgrund der langen Isolierpflicht und der Schwere der Krankheitsverläufe. Ein Umstand, der alle im Team immer wieder sehr betroffen macht. Im Gegensatz zur ersten Welle, wo ein Großteil der Erkrankten um das 80.igste Lebensjahr lag, betrifft es in der zweiten Welle jüngere Patienten, 60 plus und jünger, zum Teil auch ohne Vorerkrankungen. Vor allem aber der Verlauf macht betroffen:

Die Viruserkrankung fordert von den Kranken enorm viel Kraft. Sie leiden an ATEMNOT bei jeder ihrer Aktivitäten, beim Aufsitzen, Essen, Trinken, Sprechen und allen notwendigen Pflegeinterventionen. Damit verbunden Angst, auch Panik. Die schlechte Oxygenierung nehmen die erkrankten Personen subjektiv nicht immer wahr, deswegen lassen sie sich erst oft (zu) spät behandeln.

Die schnell eingreifende Therapie versucht durch gezielte und rasche invasive Therapiemaßnahmen die noch vorhandenen Ressourcen der PatientInnen zu bewahren und stärken, um ein Fortschreiten der Pneumonie aufzuhalten. Alle PatientInnen tun ihr Bestes! Manche schaffen es und genesen, und sind trotz aller Anstrengung äußerst motiviert. Bewundernswert!

Viele Erkrankte aber atmen um ihr Leben, bis ihnen trotz allem buchstäblich die Luft ausgeht. Der Körper hat die Energiereserven aufgebraucht und kann nicht mehr.

Nicht-invasive Beatmungstherapien, Mobilisation was möglich ist, Intubation, Tracheotomie, Bauchlagerungen sind an der Tagesordnung, invasive Therapien und Zugänge werden notwendig. Nach anfänglich scheinbar stabilen Verlaufphasen und Besserungen schreitet die Erkrankung voran und endet nach langer und aufwändigster Behandlung trotz allem tödlich oder in einer schwer beeinträchtigenden Form. Für das gesamte betreuende Team immer eine große Frustration, da sich solche drastischen Verläufe häufig wiederholen.

Umso schöner, wenn PatientInnen positive Fortschritte machen und genesen.

Kröll: *Würdest du bzw. deine KollegInnen auch psychologisch unterstützt, falls es erforderlich war? Von wem ist die Initiative dazu ausgegangen? Und wer hat euch betreut?*

Pongratz: Ja, die Möglichkeit und Initiative ging vom Dienstgeber aus und kann in einem anonymen, geschützten Umfeld durch eine betriebsinterne Psychologin genutzt werden. Zudem ist unsere Stationsleitung ständig bemüht, unser Team in allen Belangen zu unterstützen und Vorkommnisse in persönlichen Gesprächen und im Rahmen der täglichen Dienstübergaben zu reflektieren.

Wir als Intensivpersonal werden in vielen theoretischen Stunden für den Extrembereich ausgebildet, und jede Person, die sich für den Beruf entscheidet, sieht das als positive Herausforderung. Mit Notsituationen umzugehen, wird erst im ganz normalen „Intensivalltagswahnsinn“ erlernt: wahrnehmen, relevante Beobachtungen weitergeben, delegieren, entscheiden, unterstützen, informieren. Versiert und gewissenhaft sein in der Handhabung hochwirksamer Medikamente, von Medizinprodukte und Apparaturen.

Teamgeist, Durchführungsverantwortung, Eingreifen mit fachlicher Kompetenz, Herz und Empathie in den unterschiedlichen Phasen eines

Intensivaufenthaltes; vermitteln zwischen Patientin/ Arzt / Angehörigen. Brücke zur Außenwelt sein; Trost spenden, begleiten im Sterbeprozess.

Beruhigen, Sicherheit vermitteln in einer apparatedominierten und befremdlichen Umgebung. Das schafft Vertrauen und dient als Basis eines Beziehungsaufbaus Pflegeperson/PatientIn, auch als Anlass für die Schwererkrankten trotz schwieriger Umstände mitzuarbeiten.

Verständnis dem kranken Menschen entgegenbringen, ihn/sie als Persönlichkeit mit all ihren Facetten wahrnehmen; Bedürfnisse erkennen und darauf eingehen. Sie da abholen, wo sie gerade sind. Und immer wieder motivieren; auch wenn die Person unruhig, in der Wahrnehmung eingeschränkt oder desorientiert ist, manches oder alles ablehnt und unkooperativ bleibt, oft über Tage hinweg.

Die Person hinter der Diagnose nicht zu vergessen in ihrer Gesamtheit! Das gibt mir Sinn und berührt im Umgang mit schwerkranken Menschen. All das bedeutet Intensivpflege.

Die Berufs- und Lebenserfahrung hilft, Prioritäten zu erkennen. Die technischen und therapeutischen Anforderungen und deren Dokumentation werden immer komplexer und zeitintensiver. Die Kunst bleibt es, mit den eigenen Ressourcen achtsam umzugehen, einen passenden Ausgleich zu finden, ohne auszubrennen. Das ist und bleibt auch immer ein persönlicher Lernprozess. Es gibt unterschiedliche persönliche Zugänge: Sport, ausspannen. Im Dienst reflektieren, evaluieren durch viele Gespräche, Arbeitskreise, Erfahrungsaustausch, „Neue“ einschulen. Offen sein für Neues. Krisen bergen auch immer Chancen für neue Wege.

In der Gruppe achten, dass der einzelne nicht überfordert wird. Auch Humor darf erlaubt sein. Unser schon immer starker Teamgeist ist ungebrochen und sicher einer der Gründe, dass auf unserer Station eine Personalfuktuation so gut wie nicht vorhanden ist.

Wenn Schwierigkeiten überwunden werden können in einem wertgeschätzten Umfeld, ist auch hoher Stresslevel, kurzfristige Personalknappheit besser zu bewältigen. Dann ist Pflege ein sehr befriedigendes Arbeitsfeld

Positive, wertschätzende Rückmeldungen im Team und der Vorgesetzten sind das Eine; tiefe, herzliche Dankbarkeit von Patientinnen und Angehörigen erleben das Andere.

Es lässt einen weitermachen und bedeutet letztendlich auch ein bisschen Glück.

Kröll: Die Corona-Pandemie hat aber auch die Gesellschaft wesentlich verändert. Insbesondere durch die diversen Verordnungen des Gesetzgebers und die daraus resultierenden Einschränkungen im öffentlichen und privaten Bereich. Nun hast du im vergangenen Jahr zahlreiche Menschen behandelt, die an COVID-19 erkrankt waren und hast einige davon auch sterben gesehen. Waren deiner Meinung nach, die diversen Anordnungen und Einschränkungen gerechtfertigt? Hätte man aus deiner Sicht etwas anders machen sollen?

Pongratz: Ich empfand die Einschränkungen als sehr sinnvoll und notwendig. Der Mensch ist ein soziales Wesen. COVID-19 aber isoliert, polarisiert und vereinsamt, da die Angst vor Ansteckung überall gegenwärtig ist. Besuch in sensiblen Bereichen wird nur in Ausnahmen (bei längerem Intensivaufenthalt, im Sterbeprozess) und nur unter strengen Hygienevorgaben erlaubt. Der Besuch von Angehörigen ist aber essenziell für das Wohlbefinden der PatientInnen. Eingeschränkte Wahrnehmung und Analgosedierung erschweren die Kommunikation oder machen sie unmöglich. Der Austausch mit dem sozialen Umfeld der Kranken fand bei uns hauptsächlich telefonisch statt. Die Angehörigen waren oft verzweifelt, aber sehr verständig. Sie sahen die Umstände ein, konnten sich aber in Wahrheit oft keine Vorstellung machen über das wahre Ausmaß der Erkrankung.

Wir als Pflegepersonen, die ständig um die Schwererkrankten herum sind, werden somit zu Bezugspersonen, zur Ersatzfamilie. Wir erleben Dankbarkeit, Sorgen, Ängste, Hoffnungen, aber auch beispielgebenden Mut, positive Kraft und Zuversicht.

In diesem Sinne würde ich mir einen angepassten, aber entsprechend möglichen Besuch wünschen zum Wohle der Familien und Kranken.

Kröll: Wenn du der österreichischen Bevölkerung etwas empfehlen dürftest, wie sie sich in der noch immer bestehenden Pandemie oder in einer späteren Epidemie oder Pandemie verhalten sollten? Welche Empfehlungen würdest du ihnen geben?

Pongratz: Die Erfahrung als Intensivschwester zeigt mir immer wieder deutlich, wie fragil Gesundheit sein kann und wie plötzlich und unvorbereitet Krankheit und Tod Menschen mitten aus dem Leben reißen. Krankheit kann unsere Handlungsfähigkeit verändern, diese stark einschränken. Dementsprechend gilt es die Gesundheit zu schützen durch Eigenverantwortung und Rücksichtnahme. Mein Apell ist, einen respektvollen Umgang miteinander zu wahren, mit Anstand, Geduld und Würde dem Mitmenschen gegenüber. Jeder wünscht sich das auch für sich. Jeder kann in Kleinem wie im Großen seinen persönlichen Beitrag dazu leisten.

Lisa Pongratz, befragt von Wolfgang Kröll

Kröll: *Liebe Lisa, vielen Dank für das Interview und dass du dir dafür Zeit genommen hast.*

„Auch ich litt an COVID-19“

Maria Puntigam, befragt von Wolfgang Kröll

Kröll: Liebe Maria! Danke für deine Bereitschaft mir für den zweiten Band des Buches „Die Corona-Pandemie“ einige Fragen deine Tätigkeit und deine Sicht der Dinge im Gesundheitswesen betreffend zu beantworten:

Du hast dich im Rahmen deiner beruflichen Tätigkeit als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin (DGKP) mit SARS-CoV2 infiziert. Kannst du mir kurz schildern, wie es dir dabei ergangen ist? Hast du dich bei der Betreuung eines Patienten infiziert? Welche Symptome hattest du? Wie lange dauerte es bis zu deiner vollständigen Genesung? Bist du als Patient stationär behandelt worden? Falls ja, musstest du auf einer Intensivstation behandelt werden? Wie geht es dir nun heute? Bist du geimpft worden oder hast du einen entsprechenden Antikörper-Titer?

Puntigam: Ich möchte kurz vorausschicken: Ich arbeite derzeit als DGKP in der endoskopischen Ambulanz der Univ.-Klinik für Innere Medizin am LKH-Univ. Klinikum Graz. Zum Zeitpunkt, als das Corona-Virus sich auch über Österreich ausbreitete, habe ich mich freiwillig gemeldet auf der, für die Behandlung an COVID-19 erkrankten Menschen adaptierten, Station der Univ.-Klinik für Innere Medizin tätig zu sein. Auf dieser Station habe ich mich im Rahmen der Betreuung und Behandlung von Menschen, die mit SARS-CoV2 infiziert waren und die auf unserer Station gelegen sind, angesteckt. Es ist fast unmöglich im Nachhinein die Ursache zu ergründen. Grundsätzlich habe ich die Vorgaben – Hygienemaßnahmen und Schutzausrüstung – immer eingehalten. Warum es zur Ansteckung gekommen ist, das weiß ich nicht. Nichts destotrotz bin ich an dieser Virusinfektion erkrankt.

Der Verlauf der Infektion war bei mir charakterisiert durch Kopfschmerzen sowie den Verlust des Geruchs- und des Geschmacksinns (Dauer ca. 2,5 Wochen); zusätzlich hatte ich auch subfebrile Temperaturen; der gesamte Verlauf erstreckte sich über ca. 4 Wochen. 21 Tage nach Ausbruch der Infektion wurde ich immer noch positiv getestet. Es war aber in meinem Fall nicht notwendig, dass ich medizinisch bzw. ärztlich betreut wurde und ich benötigte auch keinen Intensivaufenthalt. Grundsätzlich geht es mir heute gut; dennoch fällt mir auf, dass es kognitive Einschränkungen

insofern gibt, als es mir manchmal schwer fällt irgendetwas zu merken; ich muss viel öfters etwas aufschreiben, damit ich es nicht vergesse; das war vor meiner Erkrankung nicht der Fall; ich habe auch das Gefühl, dass das Kurzzeitgedächtnis etwas durch diese Erkrankung gelitten hat.

Ich habe durch die abgelaufene Infektion einen entsprechenden Antikörper-Titer, aber ich wurde auch geimpft; dieses Vorgehen beruht darauf, dass man zum damaligen Zeitpunkt überzeugt war, dass es sinnvoll ist, trotz eines entsprechenden Titers, die Impfdosen zu verabreichen. Die Impfung hat bei mir zu keiner Impfreaktion geführt.

Kröll: *Du hast dich bei der Behandlung eines Patienten mit SARS-CoV2 infiziert? Warum? Hattest du zu wenig auf deinen eigenen Schutz geachtet? Oder aber waren zum Zeitpunkt der Infektion die Schutzmaßnahmen nicht in ausreichender Menge bzw. in adäquater Qualität für das Pflegepersonal verfügbar?*

Puntigam: Grundsätzlich möchte ich festhalten, dass wir zu jeder Zeit der Corona-Pandemie ausreichend mit Schutzausrüstungen, also Schutzkleidung und auch Masken, versorgt waren. Das gesamte Personal, Ärzte und Pflegepersonal, wurde auch auf die Verwendung dieser Schutzausrüstung eingeschult resp. es wurde uns erklärt, wie damit umzugehen ist, wie wir uns zu verhalten haben. Und das hat auch alles sehr gut funktioniert.

Auch vor jeder Visite gab es mit dem visitierenden Arzt ein kurzes Gespräch, in dem wir uns noch einmal alle erforderlichen Verhaltensregeln ins Gedächtnis gerufen haben und auch abgesprochen haben, wer aus dem Team dafür verantwortlich ist, wenn Desinfektionen von Türschnallen und andere hygienische Maßnahmen durchzuführen waren. Das hat zumindest auf unserer Station sehr gut funktioniert.

Ich habe mich im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeit mit SARS-CoV2 infiziert, das ist eine Tatsache, aber wobei und/oder bei welchem Patienten dies geschehen ist, das kann ich nicht mehr nachvollziehen. Ich bin glücklich, dass es im Wesentlichen ein leichter Verlauf war, aber das sog. Post-COVID-Syndrom scheint auch bei mir zu bestehen, zumindest was meine derzeit bestehenden kognitiven Einschränkungen betrifft. Ob dies ein temporärer Zustand ist, oder ob diese Einschränkungen dauerhaft sind, wird sich zeigen.

Kröll: *Wie hast du generell die Zeit der Pandemie an deinem Arbeitsplatz erlebt? Waren die Arbeitsbedingungen für dich und deine Kolleginnen akzeptabel? Haben notwendige Utensilien (Masken, Schutzanzüge, Desinfektionsmittel etc.) gefehlt bzw. waren sie nur in eingeschränkter Form verfügbar?*

Puntigam: Nun, die Zeit der Corona-Pandemie war nicht nur für mich persönlich eine große Herausforderung, diese Zeit war auch in meinem gesamten Arbeitsbereich dem LKH-Univ. Klinikum Graz eine besondere Situation. Dies einerseits, weil ich ja vorher nie auf dieser Station gearbeitet hatte, das Gleiche gilt übrigens auch für viele meiner Kolleginnen, auch diese wurden aus anderen Bereichen, auf der Covid-Station eingeteilt bzw. haben sich, so wie ich auch, freiwillig für die Betreuung und Behandlung von Menschen, die sich mit dem SARS-CoV2 infiziert haben, gemeldet.

Es war aber nicht nur eine persönliche Herausforderung für mich mit zahlreichen neuen Kolleginnen auf einem speziellen Arbeitsplatz tätig sein zu dürfen; viele habe sich vorher nicht gekannt und nun waren wir plötzlich ein Team bzw. wir mussten ein Team werden, wir mussten uns gegenseitig vertrauen, weil wir nur auf diese Weise uns, aber auch unsere Patienten, schützen konnten.

Die Arbeitsbedingungen auf dieser Station waren für uns alle gut; wir hatten ausreichend medizinisches und pflegerisches Equipment zur Verfügung; wir hatten auch ausreichend Schutzanzüge und Masken. Dies war nicht das Problem. Das Problem war zumindest in den ersten Tagen dieser Tätigkeit, dass wir alle mit den Umgebungsbedingungen dieser für uns neuen Station nicht vertraut waren. Und für mich bedeutete ein 12-Stunden-Tag auch eine enorme Herausforderung; eine so lange Arbeitszeit pro Tag war bis dato an meinem Arbeitsplatz nicht üblich. Nun mussten wir alle 12 Stunden in aufwendiger Schutzkleidung unserer Tätigkeit als DGKPs nachgehen. Es war sehr anstrengend nicht nur in dieser Schutzkleidung zu arbeiten, es war anstrengend, weil immer wieder die Schutzbrillen angelaufen sind, man konnte kaum was sehen und natürlich war es dann auch ein Problem die durchgeführten Maßnahmen korrekt zu dokumentieren. Und aufgrund der vorgeschriebenen Hygienemaßnahmen dauerte die Behandlung von vier Patienten in einem Krankenzimmer entsprechend lange, sodass wir oft bis zu zwei Stunden in einem Krankenzimmer tätig waren, bevor wir wieder das Zimmer verlassen konnten.

Kröll: *Wurdest du bzw. deine Kolleginnen auch psychologisch unterstützt, falls es erforderlich war? Von wem ist die Initiative dazu ausgegangen? Und wer hat euch betreut?*

Puntigam: Meine Kolleginnen und ich wurden psychologisch nicht unterstützt bzw. es bestand, soweit ich dies beurteilen kann, bei keinem von uns die Notwendigkeit einer solchen Unterstützung. Wir wurden alle aber zu Beginn unserer Tätigkeit auf dieser COVID-Station schon darauf hingewiesen, dass es sich um eine sehr schwierige und herausfordernde Aufgabe handeln wird. Es war uns auch bewusst, dass die Kommunikation mit den Patienten aufgrund der Schutzausrüstung unsererseits und der Masken, welche die Patienten tragen anders sein wird. So war es auch. Indem wir uns ausreichend Zeit nahmen, mit den Patienten trotz der nicht sichtbaren Lippenbewegungen zu kommunizieren, war dies trotzdem möglich und so konnten wir den Patienten unsere Zuwendung schenken.

Kröll: *Die Corona-Pandemie hat aber auch die Gesellschaft verändert. Insbesondere durch die diversen Verordnungen des Gesetzgebers und die daraus resultierenden Einschränkungen im öffentlichen und privaten Bereich. Nun hast du im vergangenen Jahr zahlreiche Menschen behandelt, die an COVID-19 erkrankt waren und hast einige davon auch sterben gesehen. Waren deiner Meinung nach, die diversen Anordnungen und Einschränkungen gerechtfertigt? Hätte man aus deiner Sicht etwas anders machen sollen?*

Puntigam: Während meiner beruflichen Tätigkeit auf der COVID-Station bin ich schon damit konfrontiert worden, dass Menschen an den Folgen dieser Infektion verstorben sind. Es waren Menschen, die schon in einem fortgeschrittenen Lebensalter waren und die zudem auch noch zusätzliche Begleiterkrankungen hatten. Aber dennoch: jeder Mensch, der verstirbt, ist eine große psychische Belastung. Ich selbst habe es nicht erlebt, dass junge Menschen an dieser Krankheit an unserer Abteilung verstorben sind, aber in andere Bereichen/Stationen ist das geschehen, diese Informationen habe ich von meinen Kolleginnen bekommen. Aber wir alle zusammen, die wir auf dieser Station tätig waren, können uns nicht vorwerfen, dass wir diesen Kranken nicht die beste Pflege angeboten hätten. Und das ist aber auch für unser psychisches Wohlbefinden wichtig.

Es ist schwer darüber zu urteilen, ob die von der Bundesregierung angeordneten Maßnahmen gerechtfertigt waren oder nicht. Vor allem weiß man immer erst im Nachhinein, ob diese Maßnahmen und Einschränkungen zu dem erhofften Ergebnis geführt haben. Ich kann nur sagen: meine

Kolleginnen und ich haben uns bei der Betreuung und Pflege der uns anvertrauten Patienten an all die angeordneten Maßnahmen gehalten; aber nicht nur im Bereich des Krankenhauses, sondern auch im privaten Umfeld, soweit es überhaupt zu ausreichenden Kontakten gekommen ist bzw. diese überhaupt zulässig waren.

Kröll: *Wenn du der österreichischen Bevölkerung etwas empfehlen dürftest, wie sie sich in der noch immer bestehenden Pandemie oder in einer späteren Epidemie oder Pandemie verhalten sollten? Welche Empfehlungen würdest du ihnen geben?*

Puntigam: Ich würde mir wünschen, dass es diese vielen unsinnigen Diskussionen um die diversen erforderlichen Hygienemaßnahmen sowie um die diversen angeordneten Beschränkungen in der Zeit der Pandemie nicht gibt. Wir alle sollten akzeptieren, dass es erforderlich ist, diese Maßnahmen durchzuführen und einzuhalten, zum eigenen Schutz, aber auch zum Schutz unsere Mitmenschen. Bei diesem Thema wird meiner Meinung nach viel zu viel diskutiert und wir übersehen dabei, dass solche Hygienemaßnahmen Tag für Tag von jedem von uns und ohne Diskussion durchgeführt und eingehalten werden, wenn es um bestimmte Menschen geht, die an Erkrankungen leiden und die ohne diese Vorsichtsmaßnahmen sehr schnell versterben würden: ich denke dabei an immunsupprimierte Menschen, für die und deren Umfeld das Tragen von Masken, die Einhaltung von Hygienemaßnahmen einfach selbstverständlich ist.

Und aus meiner Sicht macht auch die Diskussion um die Impfung und die damit verbundenen Themen, wie Impfpflicht im Gesundheitswesen, keinen Sinn. Wir alle erhalten mit der Möglichkeit einer Impfung einen Schutz für uns selbst und bei entsprechender Anzahl geimpfter Menschen auch einen Schutz für die Gesellschaft. Und es ist zudem zu erwarten, dass ein geimpfter Mensch einen leichteren Verlauf dieser Erkrankung erleidet.

Und schließlich wünsche ich mir das würde ich gerne der Gesellschaft ans Herz legen, einfach mehr Solidarität in unserer Gesellschaft. Niemand von uns lebt auf dieser Welt alleine; wir sind alle aufeinander angewiesen und Angewiesenheit verlangt aber, bzw. fordert ein Verhalten ein, in dem wir gegenseitig auf uns achten. Und wenn ich bereit bin, das zu tun, dann darf ich auch erwarten, dass meine Umgebung sich auch entsprechend verhält. Und abschließend hoffe ich, dass es für die Gesellschaft bald möglich sein wird, wieder zu einem normalen Leben zurückzukehren.

Kröll: *Liebe Maria, vielen Dank für das Interview und dass du dir dafür Zeit genommen hast.*

Nach der Welle ist vor der Welle. Erfahrungsberichte von Pflege- und Stationsleitungen

*Christa Tax, Ulrike Berdnik, Anneliese Derkits, Ulrike Kylianek,
Cornelia Baptist-Kröpfl, Elisabeth Horvath, Sandra Müller*

Bei Drucklegung des ersten Bandes „Die Corona-Pandemie“ im Juli 2020, dachten wir tatsächlich, dass die Krise weitgehend vorbei sei. Nun reflektierten wir die vergangenen Monate und die damit verbundenen Herausforderungen.

14 Monate später zeigt sich, dass die Krise ein noch weit größeres Ausmaß angenommen hatte, und somit müssen wir nun tiefer in die Bereiche der Notfallversorgung von Erwachsenen und Kindern sowie in die pädiatrische Intensivstation blicken. Pflegeleitungen und Stationsleitungen schildern ihre Erfahrungen mit den Herausforderungen, die sie nach dem Interview im oben zitierten Band zu meistern hatten.

PDL Ulrike Berdnik: Was hat sich seither verändert?

Das LKH-Univ. Klinikum Graz betreut als Zentralkrankenanstalt für die Steiermark an 19 Universitätskliniken rund 470.000 ambulante Patienten pro Jahr.

Durch die Corona-Pandemie wurden u. a. die Notfallambulanzen des Krankenhauses vor vollkommen neue Herausforderungen gestellt. Es galt an der zentralen internistisch-neurologischen Notaufnahme (EBA [Erstuntersuchung – Beobachtung – Aufnahme]) Verdachtsfälle auf COVID-19 von nicht infizierten Notfallpatienten zu trennen. Innerhalb von drei Werktagen gelang es eine eigene „COVID-19-EBA“ in den bestehenden Räumlichkeiten der EBA einzurichten. Dazu musste aber die Patientenversorgung der eigentlichen EBA in die Räumlichkeiten der Notaufnahme bzw. Ambulanz der Univ. Klinik für Chirurgie verlegt werden und somit entstand in diesen Räumlichkeiten eine gemeinsame chirurgische, internistische und neurologische zentrale Notaufnahme für das LKH-Univ. Klinikum Graz.

Da nun für diese zwei Notaufnahmen zahlreiche infrastrukturelle Anpassungen erforderlich waren und zudem ein neues Pflorgeteam gebildet

werden musste, galt es aus der Sicht des Pflegemanagements eine interimistische Stationsleitung, ergänzend zur bestehenden Stationsleitung der COVID-19-EBA, durch die Pflegedirektion zu bestellen. Neben der Adaption der Räumlichkeiten, wie der Einrichtung eines Eingriffs- und eines Schockraumes, der Gestaltung eines zusätzlichen Wartebereiches sowie der Bereitstellung von Behandlungsräumen zur internistischen und neurologischen Ersteinschätzung und zur Notfallversorgung, mussten alle erforderlichen medizintechnischen Geräte, die Wirtschaftsgüter sowie Medikamente und Einmalprodukte übersiedelt werden. Um die Effizienz der Prozesse zu gewährleisten, bedurfte es einer engen Kooperation mit internen Partnern. Die Mitarbeiter der Pflege in der chirurgischen Notaufnahme unterstützten ihre internistischen und neurologischen Kollegen in der Notfallversorgung, die Versorgungsassistenz übernahm die Bestellung von Einmalartikeln und Apothekenwaren. Die Mitarbeiter der chirurgischen Endoskopie stellten das Equipment zur Verfügung und übernahmen die Aufbereitung der Endoskope, die Kolleginnen und Kollegen aus dem Bereich der Anästhesie unterstützten die Pflege aus der EBA im Schockraum.

Bei laufendem Betrieb der adaptierten Notfallambulanzen waren sowohl die Transportlogistik wie auch die Bautechnik und die Medizintechnik gefordert die entsprechenden Beschilderungen anzubringen, Trennwände aufzustellen, Nottüren einzubauen, Zulieferadressen anzulegen sowie die medizintechnische Ausrüstung zu installieren. Seitens des Med-Office war es notwendig, die COVID-19-EBA sowie die adaptierte chirurgische, internistische und neurologische zentrale Notaufnahme rund um die Uhr zu bespielen, um auf diese Weise dem Pflegepersonal administrative Tätigkeiten, wie z. B. die administrative Aufnahme von Patienten, abzunehmen. Es war auch erforderlich neue Telefonnummern einzurichten, da auch die in der COVID-19-EBA rund um die Uhr erreichbar sein mussten. Dies alles geschah unauffällig und „im Hintergrund“ und somit konnte für unsere Patienten eine bestmögliche Versorgung gewährleistet werden und es war dadurch auch möglich Ansteckungen z. B. im Wartebereich zu verhindern.

Um das neu zusammengestellte Pflgeteam – hier konnten sich die Mitarbeiter für einen Bereich selbst entscheiden – regelmäßig informieren zu können, wurden Huddle Boards an den beiden EBAs installiert; dadurch war es dem interdisziplinären Behandlungsteam möglich daran teilzunehmen, um aktuelle Informationen für den jeweiligen Tag zu erhalten und sich auch in Diskussionen auszutauschen. Die zeitnahe Weitergabe von Informationen stellte sich vor allem im Nachhinein als eines der wichtigsten Instrumente heraus. Die Mitarbeiter wurden in regelmäßigen täglichen Jour-fixe-Gesprächen informiert, das Führungsteam, bestehend

aus Pflege- und Stationsleitung, traf sich mehrmals täglich, um Informationen auszutauschen und die weitere Vorgehensweise zu besprechen und abzustimmen. Für Fragen der Mitarbeiter stand selbstverständlich auch an Wochenenden und Feiertagen das Führungsteam jederzeit zur Verfügung.

Um die Auslastung der EBAs nachvollziehbar darstellen zu können, wurden Kennzahlen definiert, die täglich aus den diversen Arbeitsbereichen an die Pflegeleitungen weitergegeben und schließlich gesammelt an die Pflegedirektion rückgemeldet wurden. Um Personalausfälle zu kompensieren und eine gesicherte Patientenversorgung gewährleisten zu können, war es erforderlich auch Pflegepersonal aus anderen Universitätskliniken zu organisieren und in das Team in den EBAs zu integrieren. Diese Pflegepersonen aus Bereichen wie der Ambulanz der Univ.-Klinik für Augenheilkunde, der Univ.-Klinik für Innere Medizin, der Endoskopie, der Univ.-Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin usw. mussten in die Abläufe einer Notfallaufnahme und auf die verwendeten medizintechnischen Geräte eingeschult werden. Um diese Einschulung möglichst geregelt durchführen zu können, wurden neben den allgemeinen und vorhandenen Unterlagen aktuelle Checklisten erarbeitet. Diese erwiesen sich als sehr praktikabel, denn so konnten sich die Kolleginnen und Kollegen aus anderen Bereichen auch selbst evaluieren, welche Kenntnisse bereits vorhanden waren und wo noch weitere Hilfestellungen bzw. Unterstützungen erforderlich waren. Um die Dienste der Stammmitarbeiter sowie der Aushilfsmitarbeiter zu koordinieren, war die Erstellung des Dienstplans in enger Abstimmung zwischen den Stationsleitungen notwendig. Weiters wurden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darüber informiert, dass möglichst rasch auf gegebene Veränderungen reagiert werden musste und somit eine hohe Flexibilität ihrerseits gefordert wurde. Um die Anzahl an Kontakten zwischen den anwesenden Mitarbeitern so gering als möglich zu halten, wurden in der EBA hauptsächlich 12-Stunden-Dienste eingeführt. In der COVID-19-EBA war es des Weiteren unerlässlich, bei der Dienstplanung Rücksicht auf Ablösezeiten und auf die Einhaltung von Ruhepausen beim Tragen der Schutzausrüstung zu nehmen. Für die Pausenzeiten sowie die Benutzung des Sozialraums mussten exakt definierte Regeln kommuniziert und verschriftlicht werden, mit dem Ziel, Ansteckungen im Team durch die Anwesenheit zu vieler Personen vorzubeugen.

Da sich nun die Gesamtsituation rund um die Corona-Pandemie in eine positive Richtung bewegt, ist es nun von Bedeutung nachhaltige Lösungen für die Betreuung und Behandlung von infizierten und nicht infizierten Patienten sowie von Verdachtsfällen zu etablieren. Ziel muss es sein die Behandlungspfade einerseits voneinander zu trennen und auch so

zu gestalten, dass ein höchstmöglicher Schutz für die Mitarbeiter gewährleistet werden kann und andererseits die Bereiche in den Wartezonen und Behandlungsbereichen so einzurichten, dass auch u. a. die geltenden Abstandsregeln eingehalten werden. Dazu wurde aufbauend auf Ideen einer interdisziplinären Arbeitsgruppe nach Freigabe des Direktoriums ein Umbauplan erarbeitet. Dieser sieht primär provisorische Zeltlösungen für Ein- und Ausgänge sowie für die Leitstellenbereiche vor, um schlussendlich mittels Containeranbauten ausreichend Raum zur Verfügung zu haben, um eine qualitative hochwertige Versorgung der Patienten unter Einhaltung der notwendigen Schutzmaßnahmen gewährleisten zu können. Des Weiteren sollte mit dem Umbau eine ständige Adaptation der räumlichen Gegebenheiten und deren Verwendung modular möglich sein; zudem ist es erforderlich eine Obergrenze an maximal zu versorgenden Patienten pro Arbeitsbereich zu definieren.

Zukünftig wird das Screening der Patienten im Eingangsbereich stattfinden; die Ersteinschätzung nach dem Manchester-Triage-System und die administrative Aufnahme der Patienten werden räumlich getrennt. Bei einem zu hohen Patientenaufkommen wird eine Teamevaluierung durch ärztliches und pflegerisches Personal durchgeführt. Im Zuge eines Pilotprojekts wurde eine AMP (allgemein medizinische Praxis) zu definierten Zeiten errichtet, um die Notaufnahme zu entlasten.

Die Wartezonen werden um ein Patientenleitsystem erweitert. Durch die Trennung durch flexible Plexiglaswände und die Einteilung der Wartezonen können die Abstandsregelungen eingehalten werden. Der Patientenaufwurf erfolgt für mobile Patienten via Bildschirm und Bodenmarkierungen und Beschilderungen weisen den Weg zum jeweiligen Behandlungsraum.

Regelmäßige Hygiene-Compliance-Beobachtungen helfen den Mitarbeitern nicht „müde“ zu werden und die entsprechenden Sicherheitsmaßnahmen einzuhalten.

Um die laufend notwendige Kommunikation weiterhin sicherzustellen, wird ergänzend nachmittags ein zweites Huddle Board eingeführt.

Zusätzlich war es aus pflegerischer Sicht wichtig, eine weitere Unterstützung des eingesetzten Pflegepersonals bei der Betreuung und Behandlung der Patienten zu bekommen, sodass der Einsatz von Ordinationsassistenten im Rahmen eines Pilotprojekts derzeit umgesetzt wird. Mitarbeiter mit der Ausbildung zur Ordinationsassistentin können den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege dahingehend unterstützen, dass sie Patienten in den Wartezonen betreuen, assistierende Unterstützung bei der Patientenversorgung geben und bei organisatorischen Belangen hilfreich zur Seite stehen.

Die Erfahrungen rund um die Corona-Pandemie haben viele Erkenntnisse hinsichtlich Notwendigkeiten und künftige Bedürfnisse an eine Raumplanung einer ZNA (zentralen Notaufnahme) am LKH-Univ. Klinikum Graz gebracht; diese werden mit Gewissheit in die aktuellen Planungsgespräche miteinfließen.

PDL Anneliese Derkits: Veränderung macht den Arbeitstag spannend

Um einen überprüfbaren Einlass von Personen zu allen Ambulanzen und Stationen der Univ. Klinik für Chirurgie zu ermöglichen, wurden sämtliche Zugänge versperrt. Es wurden dann zwei Eingänge definiert, wo alle ankommenden Personen, vor Einlass in die Univ.-Klinik für Chirurgie, einem Screening auf eine mögliche Infektion mit SARS-CoV2 unterzogen wurden. Das Thema Screening auf SARS-CoV2 wurde mit Zunahme der Infektionszahlen ein immer wichtigeres Instrument, um die Verbreitung des Corona-Virus innerhalb des Krankenhauses einzudämmen. Es galt eine einheitliche Screening-Checkliste zu erstellen, anfänglich Pflegepersonen, später Mitarbeiter einer externen Firma, zu schulen und einen möglichst raschen, aber sicheren Einlass nicht nur in die Notaufnahmen, sondern schließlich in alle Universitätskliniken zu ermöglichen. Die Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Screening auf eine mögliche COVID-19-Infektion waren einerseits die knappen Ressourcen an eigenem Personal, andererseits die Koordination der Mitarbeiter einer externen Firma und nachvollziehbar die sich daraus ergebenden Wartezeiten für Patienten, die oft Unmut und Unverständnis auslösten. Um das Screening auf SARS-CoV2 bei schlechtem Wetter und in der nahenden Wintersaison möglichst angenehm zu gestalten, wurde im Bereich der Rettungszufahrt ein Vorbau sowie ein eigener Raum für Patienten mit Verdacht auf eine SARS-CoV2-Infektion geschaffen.

In der chirurgischen Notaufnahme musste u.a. das Gipszimmer adaptiert werden, um auch in diesem Bereich liegende infizierte Patienten behandeln zu können. Durch die bereits seit Jahren bestehende Baustelle in den diversen Bereichen der Univ.-Klinik für Chirurgie musste der Hauptzugang gesperrt werden, wovon die Patienten nach Möglichkeit vor Ankunft am Klinikum informiert werden mussten. Zusätzlich wurde als Unterstützung ein Leitsystem angebracht.

Wie auch in der EBA wurde gerade in Zeiten der Corona-Pandemie spürbar, dass das LKH-Univ. Klinikum Graz als Zentralkrankenanstalt der Steiermark einen umfangreichen Versorgungsauftrag wahrnehmen muss und u. a. durch das Sperren anderer steirischer Krankenanstalten ein

verstärktes Patientenaufkommen verzeichnet werden konnte. Durch das erhöhte Patientenaufkommen war die Einhaltung der Abstandsregelungen im Wartebereich sehr herausfordernd, aber auch die lange Aufenthaltsdauer von Patienten, die wegen eines Verdachts auf eine SARS-CoV2-Infektion bis zum Eintreffen Testergebnis warten mussten, trug nicht gerade zur Entspannung bei.

Das Tragen der persönlichen Schutzausrüstung führte zu einer erhöhten Belastung bei den Mitarbeitern. Da die Mitarbeiter rund um die Uhr in die Behandlung und Betreuung von Patienten involviert sind, war es wichtig und erforderlich, Ruhezeiten zu planen. Außerdem war es wichtig dafür zu sorgen, dass ausreichend Schutzausrüstung für das vor Ort eingesetzte Personal verfügbar war und es war essentiell, dass alle Mitarbeiter zeitnah mit den aktuellsten Informationen versorgt werden konnten. Trotz der begleitenden Sorge, sich und eventuell Angehörige anzustecken, leisteten die Mitarbeiter einen unermüdlichen Einsatz zum Wohle der Patienten.

Als die Teststrategie für das Gesundheitspersonal ausgearbeitet war, galt es die Vorgaben des Unternehmens umzusetzen. Die Mitarbeiter in Bereichen, in denen COVID-19-Patienten versorgt wurden, mussten sich zweimal wöchentlich einem PCR-Test unterziehen. Zwar sind Gesundheits- und Krankenpflegepersonen von ihrer Ausbildung her befähigt, diverse Abstriche zu entnehmen, dennoch wurden Mitarbeiter, die sich im Umgang unsicher fühlten, von Kollegen in der Durchführung der Abstriche geschult und unterstützt. Für die Führungskräfte war es notwendig eine lückenlose Dokumentation der durchgeführten Testungen sicherzustellen.

In weiterer Folge, als es die Aussicht auf eine Impfung gab, bestand die Aufgabe der Führungskräfte u. a. darin, die Mitarbeiter mit ausführlichen Informationen über die Möglichkeit einer Impfung zu versorgen, damit sie eine persönliche Entscheidung treffen konnten.

Mittlerweile sind die geänderten Abläufe gleichsam zur täglichen Routine geworden und durch die gute Zusammenarbeit und gegenseitige Unterstützung konnten viele kritische Situationen bewältigt werden.

PDL Ulrike Kylianek und Stationsleitung Cornelia Baptist-Kröpfl: Zu Gast in der Notfallambulanz der Univ. Klinik für Kinderchirurgie

Anfänglich, als es notwendig war den Bereich der Notfallambulanz an der Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde in einen infektiösen und einen nicht infektiösen Bereich zu trennen, siedelte der nicht infektiöse Bereich in die Notfallambulanz der Univ. Klinik für Kinder- und Jugendchirurgie und nutzte dort zwei Untersuchungsräume. Als positiv

stellte sich dabei heraus, dass dadurch eine verstärkte fächerübergreifende Zusammenarbeit im Kinderzentrum entstanden ist. So gut dies auch funktionierte, waren doch die weiten Entfernungen zwischen der Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde und der Univ.-Klinik für Kinderchirurgie eine sehr große Herausforderung.

Im Dezember 2020, nachdem die baulichen Veränderungen abgeschlossen waren, kehrte jener Bereich, der für nicht infizierte Patienten ange-dacht war, wieder in die Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde zurück. Zusätzlich wurden zwei Untersuchungsräume adaptiert und ein Container vor dem Eingang der Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde aufgestellt. Die Installation eines SARS-CoV2-Screening-Bereiches für ankommende Patienten, der später auch für Besucher genutzt wurde, wurde anfänglich durch die Bereitstellung eines Zeltes durch das öster-reichische Bundesheer und später durch das Aufstellen eines Containers bewerkstelligt.

Beim SARS-CoV2-Screening von Kindern muss mitbedacht werden, dass die jungen Patienten immer in Begleitung von mindestens einer weiteren Person im Krankenhaus ankommen. Auch diese Begleitperso-nen mussten aufgrund der geltenden Bestimmungen vor Einlass in die Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde bzw. Univ. Klinik für Kin-der und Jugendchirurgie auf das Corona-Virus gescreent werden. Zu Be-ginn wurde dieses Screening durch ein multiprofessionelles Team durch-geführt, zu einem späteren Zeitpunkt übernahmen diese Tätigkeiten die Mitarbeiter eines externen Security-Unternehmens.

Wie auch in der EBA wurde ein Wegeleitsystem aus am Boden aufge-klebten Pfeilen installiert. Ergänzend dazu wurden auch die Patientenlifte entsprechend gekennzeichnet.

Die Corona-Pandemie führte dazu, dass lang gelebte Prozesse über Bord geworfen und durch neue, sich ständig ändernde, Prozesse ersetzt werden mussten.

Die Gestaltung der Informationsweitergabe an die Mitarbeiter in einem interdisziplinären Team war und ist eine große Herausforderung. Die Be-reitschaft, schnell zu lernen, aber genauso schnell das gerade Erlernte wie-der durch Neues zu ersetzen, war in der Zeit der Krise besonders gefragt. Gerade zu Beginn der Corona-Pandemie war es durchaus möglich, dass ein fixierter Arbeitsablauf zwei Tage später wieder völlig anders gelebt werden musste.

PDL Ulrike Kylianek und Stationsleitung Elisabeth Horvath: Wenn COVID-19-positive Kinder Intensivbetreuung benötigen.

Um eine adäquate Versorgung von SARS-CoV2-positiven Patienten zu gewährleisten, wurde an der pädiatrischen Intensivstation und Brandverletzeneinheit der Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde eine Isoliereinheit für SARS-CoV2-Positive Patienten mit Personalschleuse durch bauliche Maßnahmen geschaffen; diese Isoliereinheit bot Platz für drei COVID-19-positive Patienten.

Schon vor der ersten Aufnahme eines COVID-19-positiven Patienten bedarf es einer guten und umfassenden Vorbereitung, der Bereitstellung von ausreichend persönlicher Schutzausrüstung für Pflege, Ärzte und nicht medizinisches Personal. Alle Pflegepersonen und Ärzte mussten bestmöglich in die Abläufe eingeschult und mit der Anwendung der Schutzausrüstung vertraut gemacht werden. Die notwendigen Abläufe wurden konstruiert, besprochen und ständig verbessert. Nicht nur auf der Station müssen die Abläufe für alle Mitarbeiter klar ersichtlich sein, es braucht für ein adäquates Funktionieren auch eine Abstimmung mit der gesamten Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde. Es wurde zudem das Intensivpflege-Team zu unterschiedlichsten Themen, die Corona-Pandemie betreffend, von Ärzten und Pflegepersonal geschult, ebenso wurden Erfahrungen in der Betreuung mit COVID-19-positiven Patienten mit externen Einheiten ausgetauscht. Für alle umliegenden Räumlichkeiten der COVID-19-Isoliereinheit wurde eine eigene COVID-19-Ampel geschaffen und die Mitarbeiter immer wieder, anfangs fast täglich, zu aktuellen Themen aus den Corona-Besprechungen informiert.

Bei einer Ankündigung von der Ambulanz oder einer Station, einen intensivpflichtigen COVID-19-positiven Patienten zu übernehmen, musste das vorab nur im Trockentraining geübte nun in die Tat umgesetzt werden. Ein stabiler Patient wurde dabei mit FFP3-Maske ohne Ausatemventil, Schutzmantel, Schutzhaube und Handschuhen versorgt und kam mit dem COVID-19-Lift, begleitet von einer Pflegeperson, auf die Isolierstation. Währenddessen begann das Intensivpflege-Team mit den Vorbereitungen für die Patientenversorgung, bekleidete sich selbst mit der entsprechenden Schutzausrüstung und schloss alle Türen der Patientenzimmer. Auch die übrigen Mitarbeiter auf der Station wurden aufgefordert, eine FFP3-Maske zu tragen. Im Eingriffszimmer arbeitete man ‚eingeschleust‘, zusätzlich stand eine DGKP bereit, um diverse Infusionstherapien vorzubereiten. Bedurfte es im Eingriffszimmer einer zusätzlichen Untersuchung durch einen Konsiliardienst, achtete das Team auf ein richtiges Einschleusen aller stationsfremden Personen.

War die Erstversorgung beendet, wurde der Patient in die Isoliereinheit transferiert. Nicht zu vergessen ist die aufwendige Nachbereitung im Eingriffszimmer. Eine spezielle hygienische Reinigung ist erforderlich – nach einer einstündigen Lüftungsphase ist ein weiteres Mal eine zusätzliche Oberflächendesinfektion durchzuführen.

In einer Isoliereinheit ist das Arbeiten mit Schutzausrüstung für alle beteiligten Pflegepersonen anstrengend – Schutzmantel, Handschuhe, FF-P3-Masken, Schutzbrille, Face-Shield und OP-Haube müssen im Vorraum angezogen werden, erst dann darf man zum infizierten Patienten gehen. Bei körperlich anstrengenden Pflgetätigkeiten, wie bei der Lagerung von Patienten oder beim Wechseln der Bettwäsche, war selbst für die Pflegepersonen das Atmen schwierig. Durch das kontinuierliche Tragen der Schutzmaske und der Schutzbrille, diese ähnelt einer Schibrille und schließt dicht ab, kommen physische Beschwerden, wie tiefe Abdrücke im Gesicht, Kopfschmerzen, Kreislaufprobleme und Schwitzen dazu. Wird ein Nachschub an Pflegematerialien in der Isoliereinheit gebraucht, wird die Bestellung mittels eines Anrufs auf die Station weitergeleitet. Man kann nicht, wie gewohnt, die Türe öffnen und einen Kollegen ersuchen, unverzüglich das benötigte Equipment vorbeizubringen. Alles wird aufwendig hinein- und wieder hinausgeschleust.

Die Intensivpflege bei COVID-19-positiven Patienten stellt für alle Pflegepersonen eine Herausforderung dar. Es gibt keine aktuelle wissenschaftliche Literatur zu Pflegemaßnahmen bei COVID-19-positiven Patienten, keine Leitlinien zu Pflegerichtlinien, und es gibt wenig Erfahrung über schematische Abläufe und es gibt wenig Expertisen zu Pflegeproblemen und Problemen nach einer COVID-19-Erkrankung bei Kindern. Die Pflegemaßnahmen werden an bekannte Krankheitsbilder mit ähnlicher Problematik angelehnt, probiert und in kurzen Intervallen evaluiert.

An der pädiatrischen Intensivstation waren im Verhältnis zu Erwachsenen-Intensivstationen zwar nur sehr wenig COVID-19-positive Patienten intensivmedizinisch zu betreuen, jedoch wurden auch hier sehr unterschiedliche Herausforderungen erlebt. Ein Säugling mit nicht-invasiver Atemunterstützung, ein Schulkind beatmet und mit Dialyse, ein Jugendlicher postoperativ, ein heimbeatmeter Patient und ein chronisch kranker, beeinträchtigter Patient, um nur einige Herausforderungen anzuführen.

Kinder und Jugendliche in der COVID-19-Einheit erleben den Krankenhausaufenthalt deutlich angsteinflößender als erwachsene Patienten. Ärzte und Pflegepersonal wirken durch die Schutzkleidung „außerirdisch“ und sind nur schwer voneinander zu unterscheiden. Da die Eltern unserer Patienten meist selbst erkrankt oder in Quarantäne sind, hat gerade die Pflege die zusätzliche Aufgabe die fehlenden, vertrauten, Bezugspersonen

bestmöglich zu vertreten. Die Pflegepersonen sind daher neben ihren eigentlichen Tätigkeiten auch erste Ansprechpartner für die Ängste und Sorgen der Kinder. Eine weitere Herausforderung stellt es für das behandelnde Team dar, die besorgten Eltern telefonisch regelmäßig über den Gesundheitszustand ihrer Kinder zu informieren und zu beruhigen. Ältere Kinder wurden beim telefonischen (Video-)Kontakt mit ihrer Familie von den Pflegepersonen unterstützt.

Gemeinsames Resümee

Als gemeinsames Resümee sind sich die Autoren der vorgegangenen Beiträge einig, dass die Corona-Pandemie das gesamte multiprofessionelle Behandlungsteam auf eine harte Belastungs- und Bewährungsprobe gestellt hat. Wichtig war es bestehende Arbeitsabläufe und einzelne Prozesse ständig gemeinsam im Team zu hinterfragen und den aktuellen Gegebenheiten und Bedürfnissen anzupassen.

Gezeigt hat sich des Weiteren, wie wichtig ein ausreichend vorhandenes Raum- und Platzangebot ist, da sich gerade in Zeiten der Corona-Pandemie etwa die Abholzeiten der Patienten durch die Rettung teilweise sehr verlängert haben.

Eine gut angepasste, teils mehrmals tägliche Kommunikation war essenziell und notwendig, um den Mitarbeitern ein aktuelles Wissen zu den laufenden Strukturveränderungen, Anpassungen im Behandlungsprozess etc. zu vermitteln. Um rasch die eingehenden Informationen gut an die Mitarbeiter weitergeben zu können wurden u. a. unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen Kommunikations-Apps verwendet (z. B. Teststrategien, veränderte Arbeitsbereiche), welche sich als sehr sinnvoll herausstellten.

Ein weiterer wichtiger Faktor soll nicht unerwähnt bleiben: Die Isolierseinheiten erfüllten ihren Zweck, die persönliche Schutzausrüstung – auch wenn sie sehr anstrengend zu tragen ist –, erfüllte ebenso ihren Zweck. Zur Sicherheit tragen auch die regelmäßig durchgeführten Mitarbeiter-Tests bei.

Die Corona-Pandemie hat alle vor völlig neue Herausforderungen gestellt. Neben der Bewältigung der eigenen Ängste hat sie uns aber auch gezeigt, dass große Probleme nur durch Zusammenhalt und Solidarität gelöst werden können. Täglich haben wir dazugelernt und erkannt, dass wir neben der Belastung und dem Erkennen der eigenen Grenzen mit Empathie, Flexibilität und Kreativität unsere Patienten bestmöglich betreuen und diese herausfordernde Zeit gemeinsam meistern können.

Situationskomik, kreative Umsetzung von Vorgaben, einfaches Denken und schnelles Umsetzen von neuen Anforderungen mit Hilfsmitteln wie Pinwänden für Absperrungen usw. waren von jedem Einzelnen gefordert. Neben den unzähligen organisatorischen Anforderungen waren Führungskräfte auch damit beschäftigt Ängste zu nehmen, Anzeichen von Überforderung zu erkennen und wenn möglich rechtzeitig darauf zu reagieren. Trotz dieser herausfordernden Zeit, in der plötzlich alles anders war, entstand auch so manche positive Veränderung. Der Zusammenhalt im Team, auch interdisziplinär, wurde deutlich gefestigt und vertieft und das Verständnis füreinander ist gewachsen.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

MAHMOUD ABDALLAH

Zentrum für Islamische Theologie,
Universität Tübingen.

DÉSIRÉE AMSCHL-STRABLEGG

Diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflegerin,
Bereichsleiterin Hospiz und Palliativ,
Krankenhaus der Elisabethinen, Graz.

CORNELIA BAPTIST-KRÖPFL

DGKP, Leitung der Ambulanz, Univ.-Klinik für Kinder- und
Jugendheilkunde,
LKH-Univ. Klinikum Graz.

HERBERT BEIGLBÖCK

Theologe und Wirtschaftswissenschaftler,
Direktor der Caritas Steiermark.

ULRIKE BERDNIK

DGKP, Pflegeleitung EBA (Erstuntersuchung-Beobachtung-Aufnahme),
LKH-Univ. Klinikum Graz.

ALOIS BIRKLBAUER

Univ.-Professor für Strafrechtswissenschaft und Medizinstrafrecht,
Institutsvorstands-Stellvertreter,
Johannes-Kepler-Universität Linz.

ANNELIESE DERKITS

DGKP, Pflegeleitung Univ.-Klinik für Anästhesiologie und
Intensivmedizin,
LKH-Univ. Klinikum Graz.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

REINHOLD ESTERBAUER

Univ.-Professor für Philosophie,
Katholisch-Theologische Fakultät,
Karl-Franzens-Universität Graz.

FRANZISKA GROSSCHÄDL

Privat-Dozentin, Doktorin scient. med.,
Institut für Pflegewissenschaft,
Medizinische Universität Graz.

KATHARINA HEIMERL

Assoziierte Professorin für Palliative Care und Organisations-
entwicklung,
Institut für Pflegewissenschaft,
Forschungsschwerpunkt Palliative und Community Care,
Universität Wien.

ANDREAS HELLER

Univ.-Professor, Lehrstuhl für Palliative Care und Organisationsethik,
Institut für Pastoraltheologie und Pastoralpsychologie,
Katholisch-Theologische Fakultät,
Karl-Franzens-Universität Graz.

MARIE-CHRISTIN HINTEREGGER

Klinische & Gesundheitspsychologin,
Zentrum für Psychologie, Psychotherapie & Coaching,
Graz / Raaba-Grambach.

HARTMANN JÖRG HOHENSINNER

Pflegedienstleitung,
Albert Schweitzer Klinik,
Geriatrische Gesundheitszentren Graz.

ELISABETH HORVATH

DGKP, Leitung der Intensivstation, Univ.-Klinik für Kinder-
und Jugendheilkunde,
LKH-Univ. Klinikum Graz.

ISABELLA JONVEAUX
Soziologin und Privat-Dozentin,
Referentin für Bildung und Internationale Freiwillige,
Caritas Graz.

ANNA-CHRISTINA KAINRADL
Wissenschaftliche Mitarbeiterin,
Zentrum für Interdisziplinäre Alterns- und Care-Forschung,
Karl-Franzens-Universität Graz.

ULLA KRIEBERNEGG
Assoziierte Professorin und Leiterin des
Zentrums für Interdisziplinäre Alterns- und Care-Forschung,
Karl-Franzens-Universität Graz.

WOLFGANG KRÖLL
Univ.-Professor für Anästhesiologie und Intensivmedizin i. R.,
Medizinische Universität Graz.

ULRIKE KYLIANEK
DGKP, Pflegeleitung Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde,
Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
LKH-Univ. Klinikum Graz.

MARTIN M. LINTNER
Professor am Institut für Moralthologie,
Philosophisch-Theologische Hochschule Brixen, Italien.

SASKIA LÖSER
Universitätsassistentin am Institut für Systematische Theologie
und Liturgiewissenschaft, Fachbereich Liturgiewissenschaft,
Katholisch-Theologische Fakultät,
Karl-Franzens-Universität Graz.

CHRISTA LOHRMANN
Univ.-Professorin und Vorständin des Instituts für Pflegewissenschaft,
Medizinische Universität Graz.

SANDRA MÜLLER,
Assistentin der Pflegedirektorin,
LKH-Univ. Klinikum Graz.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

GEROLD MUHRI

Medizinischer Leiter des Bereichs
Palliativmedizin und Hospizbetreuung,
Krankenhaus der Elisabethinen, Graz.

MANFRED NOVAK

Ass.-Professor am Institut für Universitätsrecht,
Rechtswissenschaftliche Fakultät,
Johannes-Kepler-Universität Linz.

SABINE PETRITSCH

Drⁱⁿ. theol., Krankenhauseelsorgerin,
Diözese Graz-Seckau.

EVA PEYKER

Albert-Schweitzer-Klinik,
Geriatrische Gesundheitszentren Graz.

MICHAELA PFADENHAUER

Professorin für Soziologie,
Fakultät für Sozialwissenschaften,
Universität Wien.

BARBARA PICHLER

Wissenschaftliche Mitarbeiterin,
Institut für Pflegewissenschaft,
Forschungsschwerpunkt Palliative und Community Care,
Universität Wien.

JOHANN PLATZER

Theologe, Universitäts-Lecturer für Ethik,
Katholisch-Theologische Fakultät,
Karl-Franzens-Universität Graz.

LISA PONGRATZ

DGKP an der Intensivstation 3,
LKH-Univ. Klinikum Graz.

MARIA PUNTIGAM

DGKP an der Univ.-Klinik für Innere Medizin,
LKH-Univ. Klinikum Graz.

ELISABETH REITINGER

Assoziierte Professorin für Palliative Care und Organisationsforschung,
Institut für Pflegewissenschaft,
Forschungsschwerpunkt Palliative und Community Care,
Universität Wien.

HANS-WALTER RUCKENBAUER

Studienleiter für Angewandte Ethik,
Katholisch-Theologische Fakultät,
Karl-Franzens-Universität Graz.

HELLMUT SAMONIGG

Univ.-Professor für Innere Medizin,
Rektor,
Medizinische Universität Graz.

WALTER SCHAUPP

Univ.-Professor für Moraltheologie i. R.,
Katholisch-Theologische Fakultät,
Karl-Franzens-Universität Graz.

GEORG TAFNER

Univ.-Professor für Wirtschaftspädagogik,
Kultur-, Sozial- und Bildungswissenschaftliche Fakultät,
Humboldt-Universität zu Berlin.

CHRISTA TAX

Pflegedirektorin,
LKH-Univ. Klinikum Graz.

WOLFGANG TOLLER

Vorstand der Universitätsklinik für Anästhesiologie und
Intensivmedizin,
LKH-Univ. Klinikum Graz.

JÜRGEN WALLNER

Dozent für Rechtsethik an der Universität Wien,
Leiter des Bereichs Ethik der Barmherzigen Brüder Österreich.

