

II. 2020
thema
[krise]

zwei

Der Eisener Vorhang heute, bei Mitwitz in Thüringen *

Ein Heft über

Radikale Akzeptanz,
ein Krankenhaus im Ausnahmezustand
und die Liebe zum Verlieren

Impressum

Herausgeber – Pfizer Deutschland GmbH
Gesamtverantwortung – Martin Fensch
Redaktion – Miriam Münch, Henning Hesse,
Kirsten Wörnle/Kairos Redaktionsbüro
Mitarbeiter dieser Ausgabe –
Christine Böhringer, Angelika Friedl,
Delphine Korth, Anh Nguyen, Jan Rübel,
Klaus Wilhelm
Lektorat – Dr. Sonja Schneider,
Dana Haralambie
Gestaltung und Realisierung –
Bohm und Nonnen,
Büro für Gestaltung GmbH
Layout – Steven Dohn
Fotografien – Dr. Otmar Fugmann {U1};
photocase.de/YesPhotographers [S. 3];
photocase.de/LP [S. 3]; Uwe Dettmar
[S. 10]; Simeon Johnke [S. 12ff, S. 46f];
wikimedia commons [S. 18], Landes-
archiv Baden-Württemberg [S. 19];
Rafalzyk [S. 26]; shutterstock/Ton
Weerayut Photographer [S. 30]; Danielle
Shami [S. 34]; picture-alliance/REUTERS
[S. 36]; shutterstock/John Brueske
[S. 36ff]; canstock/bobloblaw66 [S. 36ff];
Enno Kapitza [S. 40ff]
Illustrationen – Schema Design (Design
and Development: www.schemadesign.com;
Art Direction: Alberto Cairo; Client: Google
News Initiative; Media Partner: Axios) [S. 6];
Andy Gellenberg [S. 11];
Dirk Brockmann, Humboldt-Universität
Berlin [S. 20f]; FASresearch [S. 22ff];
Thilo Rothacker [S. 30ff]
Druck – G. Peschke Druckerei GmbH

Kontakt – zwei, Martin Fensch,
Pfizer Unternehmenskommunikation,
Linkstraße 10, 10785 Berlin,
Telefon +49 (0)30 550055-51088,
E-Mail: martin.fensch@pfizer.com

www.pfizer.de/zwei-magazin
www.landdergesundheits.de



zwei erscheint in deutscher Sprache. Alle
Rechte sind vorbehalten. Namentlich ge-
kennzeichnete Beiträge geben nicht in jedem
Fall die Meinung des Herausgebers wieder.
Nachdruck und elektronische Verbreitung
von Artikeln, auch auszugsweise, sind nur
mit Genehmigung der Redaktion möglich.

6 Die Krise

Charakter und Verlauf eines Phänomens.

II Welcher Typ sind Sie?

Die drei menschlichen Reaktionsmuster
auf Krisen.

12 „Das Leben änderte sich in einer Nacht“

Wie der Infektiologe Prof. Andrea Gori
an seiner Klinik in Mailand die erste
Corona-Welle erlebte.

20 Wenn Memmingen neben Marrakesch liegt ...

Wieso Distanzen heute nichts
mehr mit Kilometern zu tun haben.

23 „Deutschland könnte ein Broker werden“

Vor welchen Herausforderungen die
Forschung in Europa steht – am Beispiel
von Covid-19.

26 „Die Katze ist aus dem Sack“

Die Datenexpertin Prof. Sylvia Thun
über die Aufholjagd in der Digitalisierung
des deutschen Gesundheitswesens.

30 Der Lichtstreif von Pest und Cholera

Welche gesellschaftlichen Errungenschaften
auf Pandemien zurückgehen.

36 „Ich glaube, er hat gesagt, er landet auf dem Hudson.“

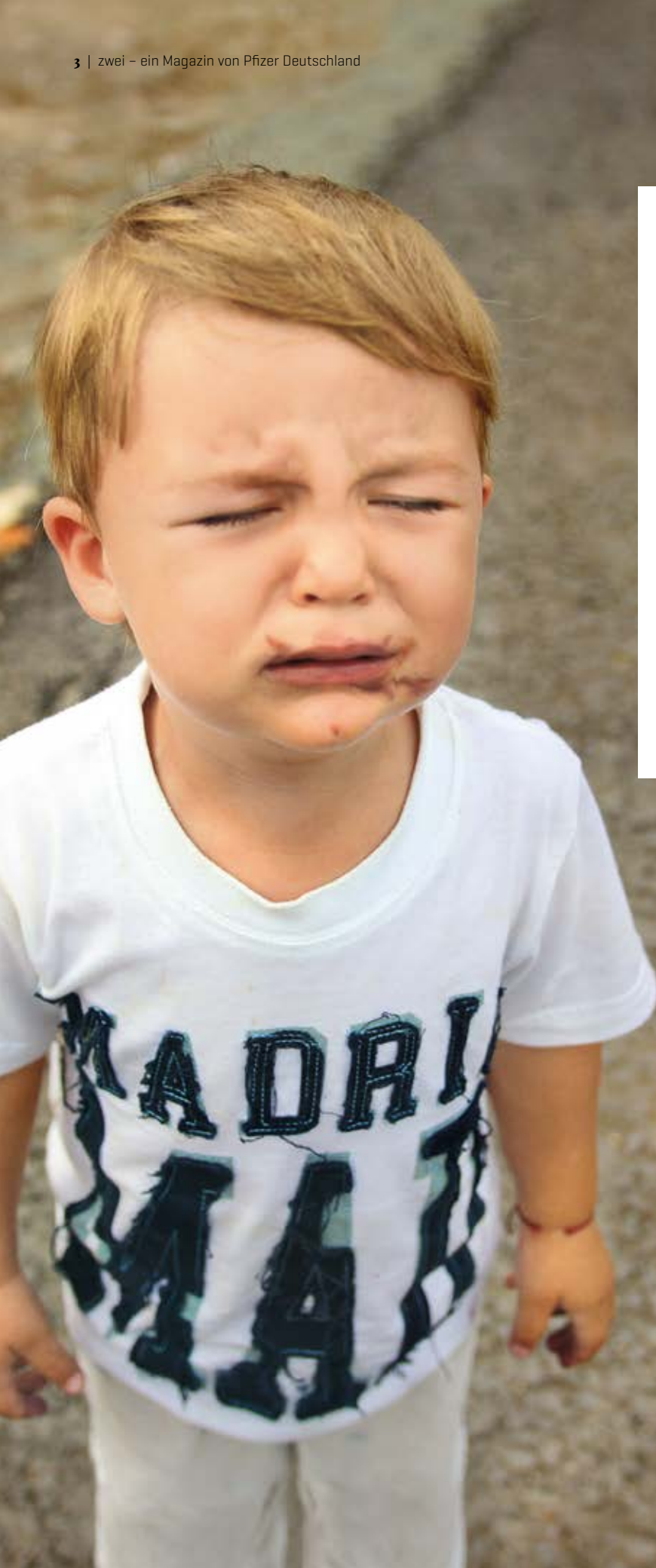
Die vier Minuten des US-Airways-Flugs 1549
von 2009.

40 „Radikale Akzeptanz“

Der Klinikleiter Prof. Dr. med. Sven Mahner
und der Traumatologe Dr. Georg Pieper
im Gespräch.

46 „Die Achterbahnfahrt hat was“

Ein Fan über seine Liebe zum Bundesliga-
Rekordabsteiger 1. FC Nürnberg.



Liebe Leserin, lieber Leser,

ob sie sich anschleicht oder plötzlich auftaucht, es ist immer das Gleiche mit der Krise: Leid, Kontrollverlust, Überforderung, wenig Handlungsoptionen und ein ganz mieses Gefühl obendrein. An Krisen ist nichts schön. Sie sind Zäsuren, die uns Versäumnisse vor Augen führen und uns zum Nachdenken zwingen. So manche Weiche auf dem Weg in die Zukunft wird neu gestellt – um aus der Krise herauszufinden und eine erneute zu vermeiden.

Herzliche Grüße,

Martin Fensch

*** Der Eiserne Vorhang heute [Titelbild]**

Der Eiserne Vorhang zog sich 12.500 Kilometer lang durchs Krisengebiet Europa. Als er 1989 fiel, verschwanden mit ihm Türme, Minen und Stacheldraht. Was blieb nach der Krise? Frauenschuh, Braunkohlen und Fischotter. Und dazu tausende weitere bedrohte Arten – in einem grünen Band vom Eismeer bis zum Schwarzen Meer.

Mad Max Die Schatzinsel Avatar Eifer flog übers Kuckuckshst Der gestiefelte
ed Hamlet Giganten Das Bildnis des Dorian Gray Aladin Oliver Twist Rome
olita 1984 Das hässliche Entlein The Shawshank Redemption Neues Te
Mann und das Meer Life of Pi: Schiffbruch mit Tiger Farm der Tiere Star

Keine Story ohne Monster.

Es fragt sich nur, wann dieses kommt: Wissenschaftler mehrerer US-Unis haben ihre Computer mit Tausenden Erzählungen gefüttert und sechs Grundplots ausgemacht, denen alle Geschichten dieser Welt folgen. Klar ist: Keine einzige kommt ohne Monster, Schiffbruch, Liebeskummer oder Ähnliches aus. Auf diesen Wendepunkt des Schicksals schreiben die Autoren sogar hin, denn erst dann wird's interessant.

Angenehm möchten wir unser Leben, die schlimmen Zeiten sollen Ausnahmen sein. Doch der Lauf der Dinge zwischen Geburt und Tod geht von Krise zu Krise und höchstens mal um sie herum. Daher taugt jeder Held, der scheitert und wieder aufsteht, als Inspiration und Kumpan. Oder wie gefällt Ihnen die folgende Story besser: mit oder ohne Mittelteil?

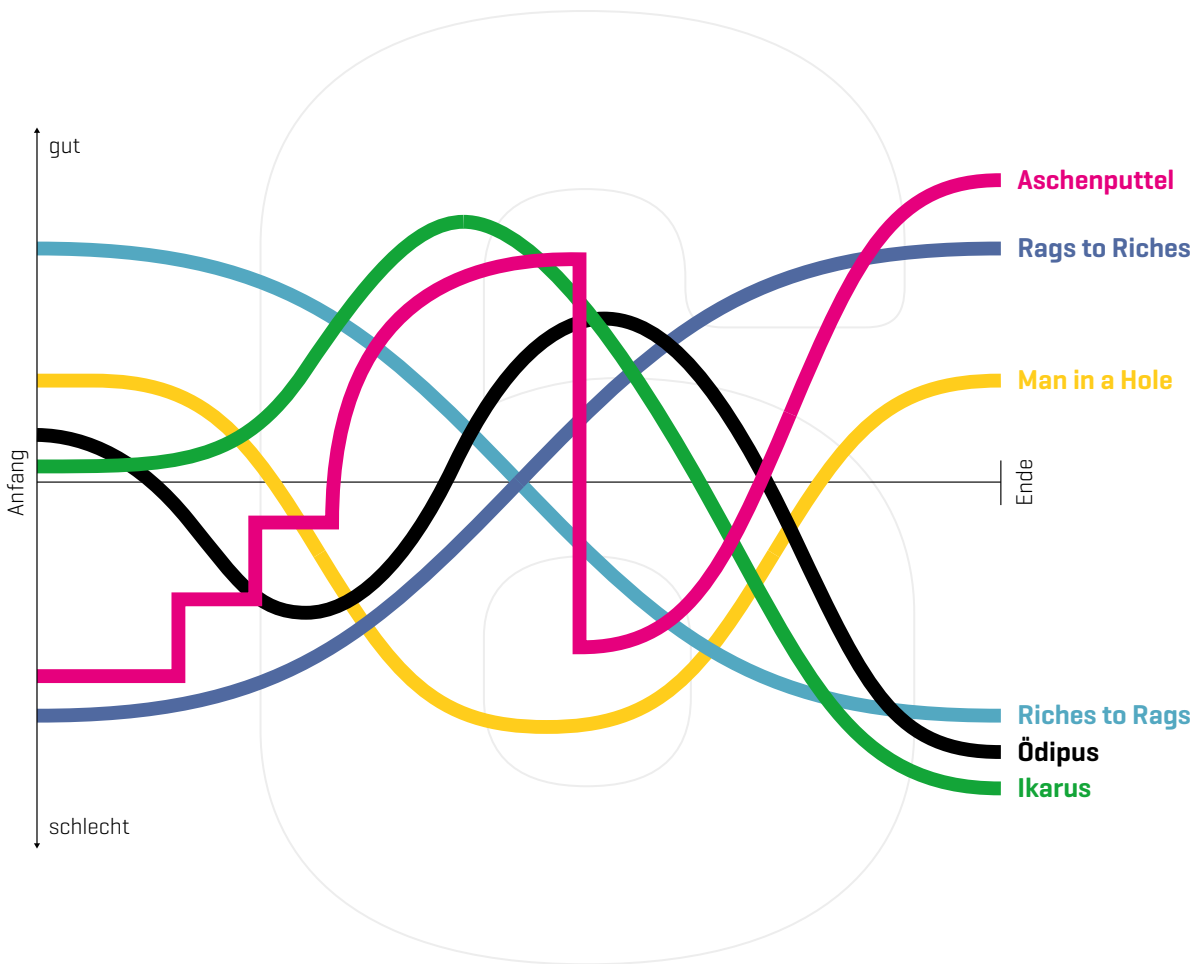
Junge trifft Mädchen.
Junge hält um Hand des Mädchens an.

Mädchen sagt nein.
„Wieso nicht?“
„Weil du alkoholabhängig bist!“
Junge kämpft und besiegt die Sucht.

Mädchen sagt ja.
Sie heiraten.

Komödie Odyssee Ikarus Jim Knopf und Lukas der Lokomotivführer A
Die Leiden des jungen Werthers Findet Nemo Berlin Alexanderplatz Toy S
vom Winde verweht Madame Bovary Apollo 13 Macbeth Catch-22 Herr der
und Gretel Altes Testament Ziemlich beste Freunde Ödipus Der Wolf und die
reichen nflastern seinen Weg Der Prozess Gattaca Emil und die Detekt

te Kater Der Weise Hal Der Pate Gravity The Shining Wall-E Das Nibelungen
 o und Julia Pinocchio Moby Dick Asterix, der Gallier Der Fänger im Rogge
 stament Titanic Karate Kid High Noon Breaking Bad The Matrix Der alt
 Wars Frankenstein Die Reifeprüfung Stolz und Vorurteil Dantes Göttlich



Alice im Wunderland Das Boot My Fair Lady Citizen Kane Der Gruffel
 Story Frozen - Die Eiskönigin Jurassic Park Aschenputtel Buddenbrook
 Ringe The Handmaid's Tale Ist das Leben nicht schön I am Legend Hänse
 e sieben Geißelein Ratatouille Papillon Der Zauberlehrling Schuld und Sühn
 ve Jane Eyre Von Mäusen und Menschen Der Prinz und der Bettelknab

12.1.

19.1.

26.1.

22.

9.2.

16.2.

23.2.

1.3.

8.3.

15.3.

20. Januar

Erster gemeldeter US-Fall

29. Februar

Erster gemeldeter US-Toter

5. März
100 Fälle
in den USA

• What is ...?

z.B.: „What is coronavirus?“

Die Krise

Charakter und Verlauf eines Phänomens

Ob individuelle Lebenskrise oder Pandemie: Krise ist immer dann, wenn in einer bedrohlichen Situation eine oder mehrere Entscheidungen in Ungewissheit oder unter Zeitdruck gefällt werden müssen. Der Ablauf folgt dabei meist dem gleichen Muster – auch zu sehen am Informationsbedürfnis der Menschen [Schaubilder].

22.3.

29.3.

5.4.

12.4.

19.4.

26.4.

3.5.

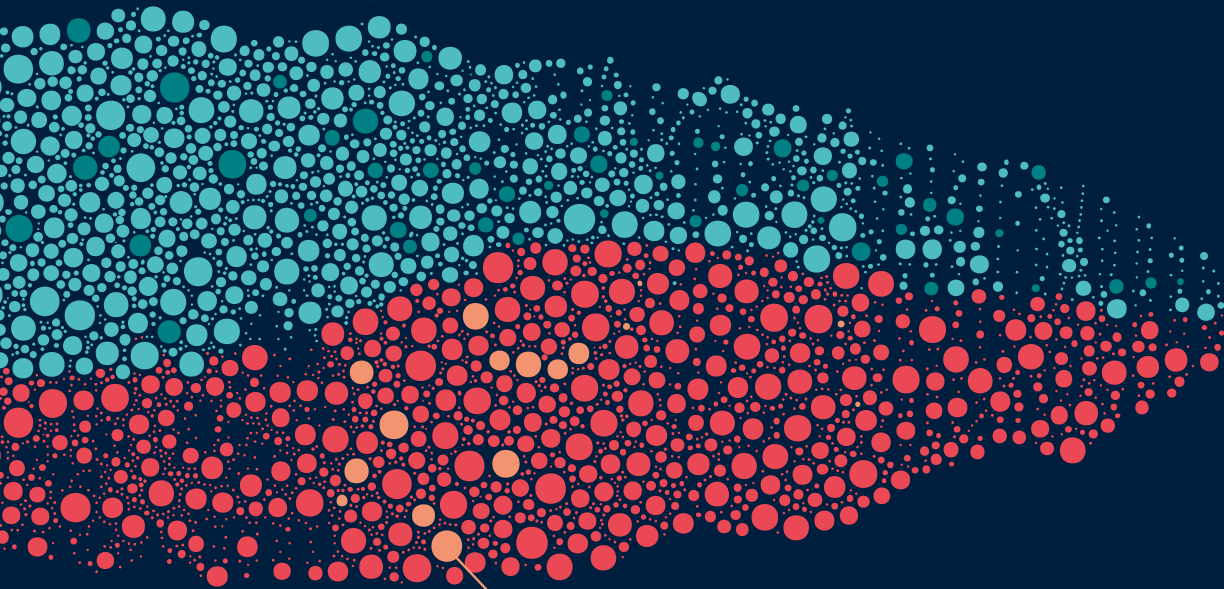
10.5.

17.5.

3. April

US-Gesundheitsbehörde
empfiehlt Gesichtsmasken

Abbildung: Top-Suchanfragen zu Corona in den USA zwischen 20. Januar und 24. April 2020. Jeder Punkt entspricht einer der häufigsten Suchen in einem oder mehreren US-Staaten, je größer, desto häufiger erschien diese Frage. Hervorgehobene Punkte entsprechen den beiden genannten Beispielfragen. Zu sehen: Das Informationsbedürfnis spiegelt den Verlauf der Krise. Während der Prä-Krise antizipieren nur wenige die Gefahr; es dominieren „Was ist...?“-Fragen. Mit Beginn der manifesten Krise steigt das Informationsbedürfnis rasant, „Wie ...?“-Fragen werden wichtiger, etwa: „Wie bekommt man Soforthilfe?“ Interaktive Ansicht unter: <https://searchingcovid19.com>



z. B.: „How to make a face mask with fabric?“

• How to ...?

Phase I: Prä-Krise

Anfang 2020 gab es Anzeichen, dass ein neues Virus nach Europa überschwappen könnte. Irgendwann verdichteten sich die Zahlen: Haben wir ein Problem? Zunehmend interessierten sich jetzt Medien und Experten, ein öffentlicher Diskurs setzte ein. Das Gefühl der Unsicherheit bahnte sich seinen Weg in die Köpfe der Menschen – und wurde wieder verdrängt: So schlimm kann es nicht werden.

So beginnt es immer mit Krisen: Bestimmte Dinge „könnten“ ernst werden, sicher ist es nicht. Es ist die Phase, in der Probleme gerne geleugnet

werden, man dann aber doch darüber nachdenkt: Warum kommt meine Frau abends immer spät nach Hause? Ist es nur die Arbeit? Wieso gehen im Nuklearreaktor die Signale hoch? Kühlen die Brennstäbe nicht mehr schnell genug ab? Man beginnt, sich zunehmend mit der Unsicherheit zu beschäftigen, setzt das Thema auf die Tagesordnung – die Bedrohung dringt ins Kleinhirn ein. Bei eruptiven Krisen kann diese Phase auch auf wenige Sekunden verkürzt sein – etwa bei einem Notfall mit einem Flugzeugcockpit: Fehlerhafte Instrumente oder Bedienungsfehler erzeugen Fehlentwicklungen, deren Dramatik noch nicht gleich zu erkennen ist

„Krise ist überall,
wo Menschen sind,
in allen Systemen,
die wir uns denken können.“

Prof. Nicole Deitelhoff,
Leibniz-Forschungsverbund
„Krisen in einer globalisierten Welt“

1. Phase: Latente Krise

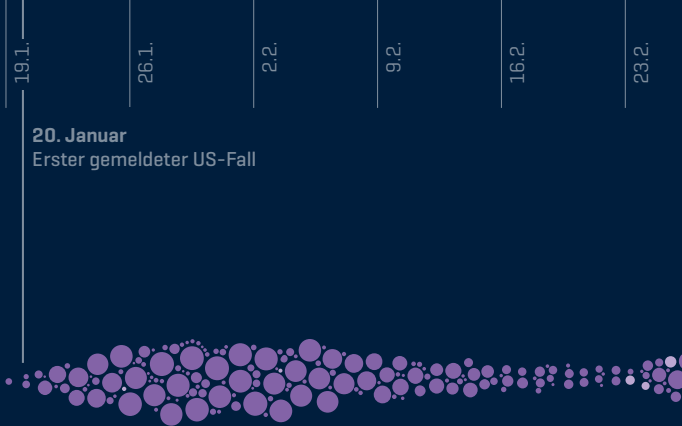
bis zum Zeitpunkt, an dem genau dies passiert und man in den Krisenmodus umschaltet. Anders die Katastrophe, die ohne Vorwarnung über einen hereinbricht und in deren Folge dann eine Krise entstehen kann.

„Das Markante der Krise: Menschen müssen sie wahrnehmen, buchstäblich entdecken und ein Problem in den Stand der Krise erheben“, sagt Prof. Nicole Deitelhoff von der Goethe-Universität in Frankfurt am Main, die Sprecherin des Leibniz-Forschungsverbundes „Krisen einer globalisierten Welt“. „Oft sehen wir dauerhafte Phänomene, die eigentlich latente Krisen sind, aber nicht als solche deklariert werden. Wann etwas eine Krise ist, wird sozial verhandelt und unterliegt keinen objektiven Kriterien.“

So auch bei Corona: Als die Zahlen eine bestimmte Schwelle überschritten und immer erschreckendere Nachrichten aus immer näheren Ländern durchsickerten, steuerte die öffentliche Wahrnehmung auf ihre Entscheidung zu: Corona ist kein Problemchen, es ist eine Krise!

Phase 2: Manifeste Krise

Mit den ersten markanten Gegenmaßnahmen beginnt die manifeste Krise. Es ist die Zeit der erlebten Unsicherheit. Angst vor Kontrollverlust, Lähmung, Überreaktion – das Vertraute verschwindet. Die Krise avanciert zum Modus operandi. Sie beherrscht Gedanken, Gefühle, Verhalten und



2. Phase: Manifeste Krise

Wie macht man Desinfektionsmittel?



Kommunikation. Man ringt darum, wie weitere Gegenmaßnahmen gegen die Bedrohung aussehen könnten. Der „betrogene“ Ehepartner genauso wie die Institutionen im Fall eines Nuklearunglücks oder einer Pandemie.

„Zunächst sind die Autoritäten die Gewinner“, sagt Deitelhoff, „weil sie Orientierung in einer ungewissen Lage vermitteln“. Doch dann – zumal wenn die getroffenen Maßnahmen nicht rasch genug wirken und die Ungewissheit anhält – schlägt die Stunde der Experten mit alternativen Ansichten und der vermeintlichen Heilsbringer.

„Sicherheit ist das knappe Gut, nach dem sich Menschen in der Krise sehnen“, sagt Prof. Deitelhoff. Auch Verschwörungstheorien bedienen dieses Bedürfnis, indem sie das Gefühl vermitteln, jemand durchschaue die Welt. Entsprechend wichtig sei es, dass öffentliche Institutionen die Debatte kommunikativ eng begleiten. Heißt auch: bestehende Unsicherheiten einzugestehen.

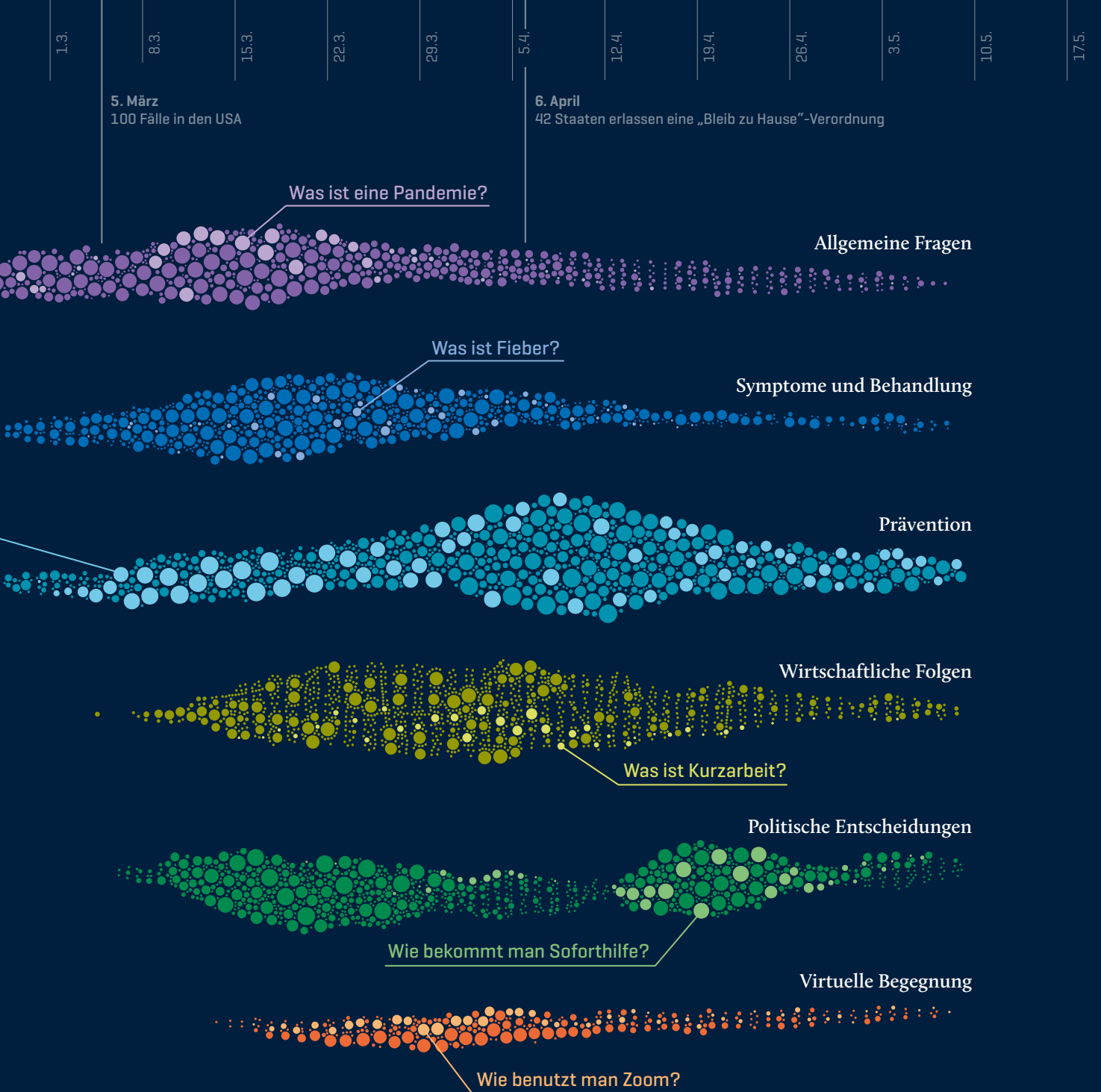


Abbildung: Die Suchanfragen während der manifesten Krise spiegeln ihre Auswirkungen; hier sortiert nach Themenbereichen.

Phase 3: Post-Krise

Zwei Szenarien:

I. Es kommt zur Katastrophe oder zur Dauerkrise. Das Paar trennt sich. Der Reaktor schmilzt. Die Suche nach einem Werkzeug gegen das Virus zieht sich länger als gedacht hin.

2. Der akute Problemdruck sinkt, die Gegenmaßnahmen greifen, der Zeitdruck weicht einer gelassenen Vernunft. Alle Signale im Nuklearreaktor fahren auf normal, die Paartherapie hat die Beziehungskrise entschärft. Im Falle von Corona steht ein effektiver Impfstoff zur Verfügung, der berühmte-berühmte R-Wert sinkt unter 0,5. Man beginnt, über Lehren nachzudenken: Wie können

die Frühwarnsysteme im Reaktor optimiert werden, wie kann das Paar künftige Konflikte besser handhaben, wie lassen sich drohende Pandemien am besten verhindern? Wie Krisenstäbe schneller etablieren? Wie lässt sich Krisenkommunikation noch wirkungsvoller gestalten? „Aber wichtig ist auch, aus der Krise wieder herauszukommen“, sagt Nicole Deitelhoff. Sprich: darauf zu achten, dass

sich Krisenmanagement nicht verselbstständigt. „Wenn man einmal angefangen hat, Entscheidungen im Ausnahmezustand zu fällen, ist es gar nicht so einfach, da wieder herauszukommen. Man muss erkennen, wann der kritische Zustand vorbei ist. Und sich auch dem zuwenden, was im Schatten der Krise verloren gegangen ist.“

Klaus Wilhelm

„Wenn man einmal angefangen hat, Entscheidungen im Ausnahmezustand zu fällen, ist es gar nicht so einfach, da wieder herauszukommen. Man muss erkennen, wann der kritische Zustand vorbei ist. Und sich auch dem zuwenden, was im Schatten der Krise verloren gegangen ist.“

Prof. Nicole Deitelhoff



Prof. Nicole Deitelhoff hat an der Goethe-Universität Frankfurt den Lehrstuhl für Internationale Beziehungen und Theorien Globaler Ordnungen inne und ist Geschäftsführende Direktorin des Leibniz-Instituts Hessische Stiftung Friedens- und Konfliktforschung. Des Weiteren ist sie die Sprecherin des Leibniz-Forschungsverbundes ‚Krisen einer globalisierten Welt‘.

Welcher Typ sind Sie?

Bei Krisen lassen sich drei menschliche Reaktionsmuster ausmachen. Je nach Typ, so der Risikoforscher Ortwin Renn, braucht es andere Botschaften der Kommunikation.

Kämpfen

Eine Gefahr? Auf in den Kampf! Ein Teil der Menschen reagiert auf unangenehme Lagen mit Aktion. Wenn sie den Feind, etwa das Virus, nicht direkt bekämpfen können, brauchen sie Ersatzobjekte: Infektiologen. Politiker. Oder Leute, die zu selten oder zu oft Maske tragen ... Dem Kampftypen zu sagen, „Geh nach Hause und igel dich ein, bis neue Anweisungen kommen“, lässt ihn die Decke hochgehen. Dem Kampftypen muss man kommunizieren, dass er oder sie etwas tun kann. Nachbarschaftsgruppen gründen, für die Schwachen einkaufen. Sich selbst also in Szene setzen.

Ausweichen

Andere Menschen wollen der Bedrohung ausweichen, sie fliehen in ihre eigenen vier Wände. Ihnen zu sagen, „Geh mal mit Maske zum Einkaufen“, macht sie nervös. Passender ist: „Ja, es ist schon Gefahr da, aber wenn du die Regeln einhältst, bist du weitestgehend sicher.“ Wie wichtig die richtige Wortwahl ist, zeigt sich auch hier: Der Begriff „social distancing“ war fehl am Platz – in einer Krise, in der die Menschen gegen das Virus zusammenstehen sollen. Besser wäre gewesen, von physischer oder räumlicher Distanzierung zu sprechen oder einfach nur

„Abstand halten“.

Solche Feinheiten haben großen Effekt bei einem weiten Publikum.

Ignorieren

Die dritte Gruppe sind die, die glauben, die Bedrohung würde sie nicht treffen. Sie halten sich für unverwundbar. Sie meinen, es trifft, wenn überhaupt, nur die anderen. Sie halten die Darstellung der Bedrohung meist für übertrieben. Bei ihnen ist die Kommunikation am schwierigsten. Sie von der Gefahr einer Ansteckung zu überzeugen, ist meist vergebens, aber es hilft, zu betonen, dass sie Überträger für andere sein könnten „Sei doch solidarisch“ – das zeigt bei diesem Typus Wirkung.

Prof. Dr. Dr. Ortwin Renn, international renommierter Risikoforscher, ist Wissenschaftlicher Direktor am Institut für transformative Nachhaltigkeitsforschung in Potsdam. 2019 erschien sein Buch „Gefühlte Wahrheiten. Orientierung in postfaktischen Zeiten“ (Budrich Verlag, Berlin).





„Das Leben änderte sich in einer Nacht“

Der Infektiologe Prof. Andrea Gori
über den März in Mailand

Mailand, Via Sforza 35, Poliklinik. *Ohne Hast schiebt sich ein Rettungswagen durch die engen Gassen des Klinikgeländes, entlang von Besuchern, Ärzten und Pflegern, die zu den verschiedenen Pavillons schlendern – als wäre die Zeit stehengeblieben in diesem Krankenhaus, das zu den ältesten Italiens gehört; 1456 wurde es gegründet. Nichts erinnert an die Hektik, die hier vor wenigen Monaten herrschte: Als Covid-19 die Millionenmetropole erreichte und die Poliklinik in Ausnahmezustand geriet. In der Lombardei wütete das Virus am stärksten: Bis Ende Mai starben in der Region 16 892 Menschen mit einer Infektion. Einziger Infektiologe in seiner Klinikabteilung damals: Prof. Andrea Gori.*



Wie wurden Sie von der Pandemie überrascht?

Es war eine Welle. Ich wachte am 1. März auf, las die Nachrichten und dachte: Was ist los? Vorm Krankenhaus warteten hundert infizierte Menschen – die hatten nicht bloß Fieber, die konnten nicht mehr atmen, das war Notstand. Und am nächsten Tag wurden 200 Leute eingeliefert, am übernächsten 300; es war eine Welle nach der anderen.

Was machten Sie?

Ich rekrutierte Freiwillige, vor allem jüngere. Chirurgen, Hautärzte, Studierende – wir mussten funk-

tionieren wie ein Bataillon im Krieg. Da war auch nicht viel nachzudenken. Es ging von Bett zu Bett.

Waren Sie der Kommandant?

[Er lacht.] Nein – ich leitete alles Klinische. Wir Abteilungsleiter des Krankenhauses versammelten uns am ersten Tag und baten unseren Generaldirektor, die Befehlskette sehr gut zu definieren, wie in einer Schlacht. Es musste klar sein: Wer hat was zu sagen? Er bildete einen kleinen Stab, zu dem auch ich gehörte. Jeden Abend kamen wir zusammen und hielten Rat für den kommenden Tag.

Empfanden Sie die Verantwortung als Last?

Nein, denn wir rannten gemeinsam. Jene, die noch nie als Internisten gearbeitet hatten, gingen mit einem Enthusiasmus und einem Ernst ans Werk, wie ich es vorher nie gesehen habe. Mit Demut vor Leid und Tod. Wir hingen alle zusammen: Ärzte, Pfleger, Patienten – ein eigener Kosmos, 24 Stunden am Tag.

Nach Hause gingen Sie nicht?

Nicht zu meiner Frau und meinen Kindern – ich musste sie ja vor mir schützen. Ich arbeitete jeden Tag bis zwei Uhr in der Nacht, ging zu einer kleinen Wohnung, um auszuruhen, und kehrte um sieben in der Früh zurück in die Klinik.

Im Flur des Gebäudes Granelli rutscht eine Frau auf ihrem Stuhl hin und her. „Ich habe solche Angst“, murmelt sie, „solche Angst“. Vielleicht habe sie Corona, raunt sie. An der Rezeption gegenüber schüttelt die Empfangschwester den Kopf. Die Dame sei wegen etwas anderem hier, erklärt sie, „aber der Schrecken sitzt noch tief.“ Sie meint den Frühling 2020, den die Stadt nicht vergessen wird.

Mit den Ausmaßen hatten Sie selbst auch nicht gerechnet, nicht wahr? Am 20. Februar sagten Sie noch in einem Interview: „Wir sind in der Lage, einer möglichen Epidemie ganz anders entgegenzutreten.“

Nun, ich erwartete, dass ein, zwei Leute mit Fieber auftauchen werden, vielleicht mit Kontakten nach China. Die Notaufnahme hatten wir entsprechend ausgerüstet. Uns traf aber dann nicht der Beginn

einer Epidemie, sondern ihr Rückstau. In den zwei Monaten davor hatten sich wahrscheinlich Hunderte oder Tausende Menschen in der Lombardei infiziert – mit milden Symptomen. Wir alle kriegten es nicht mit. Das war der entscheidende Fehler: So erkannten wir die anwachsende Krise nicht, bis sie zu einer eruptiven wurde. Und mit einem Mal mussten wir am Fließband intubieren; darauf waren wir nicht vorbereitet.

Verloren Sie ein Stück weit die Kontrolle?

Nein. Zum einen wandelten wir das Krankenhaus in hoher Geschwindigkeit binnen einer Woche um – im Grunde in ein einziges Feldlazarett. Und zum anderen schotteten wir uns von der Außenwelt ab, als gingen wir in uns selbst, eine Art Blockade. Alles wurde der Lebensrettung untergeordnet. Und was die Patienten brauchten, kriegten sie. In der ersten Woche lag die Sterblichkeit der Patienten in der Reanimation bei 35 Prozent. In der zweiten Woche waren es schon 25 Prozent. Wir funktionierten. Bloß draußen ging vieles schief, da wurde die Epidemie nicht sofort eingedämmt.

Fehlte nichts im Krankenhaus?

Sofort kamen Spenden rein. Eine Mailänder Großbank rief an und sagte: „Was braucht ihr? Wir besorgen es.“ Und sie ließen in drei Tagen einen Container voller Ventilatoren aus China kommen – wir hatten bald auch zu viele, die konnten wir gar nicht alle aufstellen.

Kam es zu Triage?

Nicht bei uns. Fünfundzwanzig Kilometer nordöstlich, in Bergamo, schon.

Wie haben die Ärzte dort entschieden?

Aufgrund der errechneten Überlebenschancen, mithilfe der aufgezeichneten Profile und Algorithmen. Es gab keine Auswahl nach Alter oder Behinderung – diese kritischen Fälle waren sämtlich alte Menschen. Bei uns im Krankenhaus aber starb keiner wegen fehlender Beatmungsgeräte oder anderem. Viele konnten einfach nicht mehr, da half auch keine Reanimation. In diesen Fällen mussten wir abwägen: Helfen wir dem Patienten damit, oder verschlimmern wir seine Lage? Und manchmal war



es besser, ihn in einen würdevollen Tod zu begleiten, was der Tod in der Reanimation nicht ist.

Nach dem Pavillon Granelli führt eine scharfe Linkskurve zur Klinikkirche. Im Inneren steht ein Pfleger und liest sich die Tageslosung durch. Stumm bewegen sich seine Lippen. Von den bunten Fenstern blicken Figuren von Krankenhausheiligen herab. Der Pfleger schaut kurz aufs Handy und geht langsam hinaus.

Hatten Sie zu Beginn der Pandemie so etwas wie Notfall-Protokolle erstellt?

Ja, aber die waren schnell ihr Papier nicht wert. Ab und zu fluchten wir über diese steten Brüche:



Gerade hatte man mit Mühe ein Protokoll in Kraft gesetzt, da musste es schon wieder geändert werden. Aber die Dramatik diktierte auch unsere Gefühle – alles war neu, alle waren unvorbereitet. Was du an einem Tag machtest, galt für den nächsten nicht mehr. Also schluckten wir unseren Frust herunter und versuchten, so effizient wie möglich vorzugehen: Was ist notwendig? Worauf kann verzichtet werden, ohne einen Patienten zu gefährden? Wir konnten uns ja nicht in Teile schneiden.

War das ein Eingeständnis eines Scheiterns?

Nein, jedes Protokoll hatte seinen Sinn zum Zeitpunkt seines Beginns. Klar, wir scheiterten jedes Mal daran, das Protokoll zu erfüllen – aber das lag an den Umständen, nicht an uns. Ein neues Protokoll bedeutete, den Überblick zu bewahren, und das war bei dieser Krise elementar. Scheitern gab es nicht. Wir konnten ja auch nicht einfach nach Hause gehen und sagen: Wir haben verloren. Wohin hätten wir gehen sollen?



Hat der fehlende Schlaf nicht an Ihnen genagt?

Zwei Monate später hatte ich das erste Wochenende frei. Da hab ich 48 Stunden lang geschlafen. In der Krise aber denkt man nicht an Müdigkeit, sondern an das, was man sieht. Das Schlimmste für mich war, mitanzusehen, wie alte Menschen ohne ihre Familien starben. Jeder denkt an den eigenen Tod, bereitet sich irgendwie darauf vor. Und die Familien gehören zum Abschiednehmen dazu – was im Krankenhaus nicht ging. Das war das Brutalste. Die Alten wurden mit dem Rettungswagen abgeholt, und das war's. Zu Hause wussten die Hinterbliebenen nichts.

Wie sind Sie damit umgegangen?

Unausgesprochen war uns bei aller Hektik klar: Niemand sollte allein sterben. Wir versuchten das auszugleichen, durch Zuneigung und Nähe, wir ersetzten die Verwandten und Lieben am Sterbebett. Hielten ihre Hände, sprachen mit ihnen. Und verabschiedeten sie.

Zwischen Kirche und Pavillon Granelli ist die Notaufnahme. Vor ihr stehen zwei Dutzend Angehörige, alle im Mindestabstand zueinander.

„Wann kommt er endlich wieder raus?“, fragt eine junge Frau ihre Mutter. „Geduld, er hat sich doch nur auf den Daumen gehauen.“ Die Tochter malt mit ihrem rechten Fuß Kreise in den Sand; nebenan wird gebaut. „Ich hasse diesen Ort.“

Was half?

Die Aussicht auf ein Ende. Ab dem 8. März gab es den totalen Lockdown – und in den Tagen danach wurden weniger Neupatienten eingeliefert. Das machte Mut, auch wenn uns im Krankenhaus die schlimmste Zeit noch bevorstand: Die meisten Patienten kämpften viele Tage in der Reanimation um ihr Leben und starben dann in der zweiten Märzhälfte. Ein Lockdown ist extrem, zu dem entschließt man sich, wenn man kapituliert: Wenn klar ist, dass wir anders die Verbreitung nicht kontrollieren können.

Dachten Sie einen Moment lang, dass die Ausmaße noch größer werden, dass man da nicht wieder rauskommt?

Nein. Wir Infektiologen glauben sehr stark an Kontrollmaßnahmen. Auch wenn wir die Folgen einer Viruserkrankung nicht sofort heilen können, wissen wir: Die Kontaktkette der Infektionen muss unterbrochen werden. Und wir wussten auch, dass es präzisere Handlungsanweisungen für die Bürger braucht, damit sie Kontakte vermeiden. Man muss stur seinen Weg gehen und nicht die Nerven verlieren. Zum Glück sahen wir, dass die Leute draußen mitmachten, das hohe Risiko erkannten. Ansonsten hätten wir diese Krise nicht in den Griff gekriegt, dann würden wir uns heute über anderes unterhalten.

Hatten Sie Angst um Ihr Leben?

Nein, aber um das meiner Ärzte. Sie halfen ja aus. Einige von ihnen infizierten sich und erkrankten, durchaus auch schwer, eine Kollegin kämpfte mit einer harten Lungenentzündung. Da litten wir mit. Und es nagte an mir, denn ich hatte sie nicht so geschützt, wie sie hätten geschützt werden

sollen – ich hatte die Verantwortung für sie und sie einem zu hohen Risiko ausgesetzt. Zum Glück überlebten alle.

Die Priester in Ihrem Krankenhaus schrieben am 16. März einen Brief: „Eine Zeit, die offenlegt, was wir wirklich sind.“ Haben Sie etwas über sich gelernt?

Dass man eines Tages aufwacht und sich in einer komplett anderen Welt wiederfindet. Alles, was einem vorher wichtig gewesen ist, kann dort belanglos sein. Mein Leben änderte sich in einer Nacht. Weg von der Familie, auch Angst um meine Eltern. Ich spürte Hilflosigkeit. Also konzentrierte ich mich auf den Schutz jener an meiner Seite. Aber nicht wenige konnten nicht gerettet werden, das ließ in mir große Schuldgefühle aufkommen.

Haben Sie diese Gefühle beiseitegeschoben?

Man muss damit leben. Solche Schuldgefühle stärken auch die Umsicht, ließen mich vorsichtiger in dieser Situation agieren und halfen mir, die Gefahren nicht zu unterschätzen. Prioritäten zu setzen.

Vor dem Pavillon, in einem von einer alten Steinmauer umfassten Garten, sitzen sich zwei Farben gegenüber: Links zwei Pflegerinnen in Grün und rechts zwei Ärztinnen in Weiß; alle vier mit kleinen Espressobechern aus Plastik. „Und was sagte er dann?“, fragt eine von rechts. „Ach, der versuchte nur, süß zu sein“, heißt es von links.

Zogen Sie aus dem Aufwachen aus dieser Nacht auch Positives?

Nichts. Erst später zeigte sich, welche positive Kraft die starke Verbindung ist, die wir Ärzte und Pfleger miteinander eingingen. Das wirkt bis heute. Wie verschmolzen. Das geht nicht mehr weg, das hat uns zu stark geprägt.

Sollten wir alle umsichtiger werden?

Nun, die ganze Welt war auf Corona nicht vorbereitet.



Obwohl diese Pandemie vorhersehbar war! Wir alle verschlossen die Augen. Okay, neu ist: Dies ist das erste globalisierte Virus, es verbreitete sich in jener Geschwindigkeit, in der sich heute die Welt dreht – es reiste in riesigen Flugzeugen, nahm teil an Massenveranstaltungen und fuhr weiter in Autos und schnellen Zügen.

Warum waren wir nicht gewappnet?

Der Mensch verdrängt Gefahren. Die Globalisierung ist schneller als wir, da kommen wir mental nicht mit. Selbst jetzt unterschätzen wir noch immer die

Gefahren von Covid-19. Ansonsten würden wir unser Gesundheitssystem wirklich ändern, es mit enormen Geldern endlich ausbauen. Unser Konzept von Gesundheit ist veraltet. Gesundheit muss alle Bereiche durchdringen.

Die Sonne neigt sich langsam. Draußen in den Straßen werden die Bars voll, die Leute kommen zum Aperitif zusammen. Und erst, wenn sie sich auf dem Bürgersteig auf ihre Stühle setzen, legen sie die Maske ab.

Aufgezeichnet von Jan Rübel

Die Maske



1630

Es flößte Furcht ein, das Kostüm des ‚**Medico della Peste**‘. Denn wo immer ein Pestdoktor in ihm erschien, lauerte der Tod. Dabei war die Arbeitskleidung – entwickelt vom Leibarzt der Medici Charles de L’Orme um 1630 – rein funktional: Ledercape und -handschuhe sollten den Arzt vor Ansteckung schützen, ebenso die Maske. Da man die Krankheit in den üblen Gerüchen vermutete, steckten sich die Pestärzte getrocknete Rosen in den fußlangen Schnabel, dazu Kräuter, Gewürze oder einen Essigschwamm. Glas schützte die Augen, der breite Hut verriet den Arzt, der Stock diente zum Zeigen und zum Berühren der Patienten. Doch das Kostüm wurde so sehr Symbol der schlimmsten Seuche, dass der ‚Medico della Peste‘ noch heute im Karneval von Venedig auftaucht: als ‚Memento Mori‘, Symbol unserer Vergänglichkeit.



1832

Der ‚Cholera Präservativ Mann‘ war ein Gag des österreichischen Satirikers Moritz Gottlieb Saphir, die sarkastische Antwort auf die Vorsicht und Angst der Menschen vor der Seuche: „Ein Mensch, mit allen Präservativen versehen, muss folgendermaßen einhergehen: Um den Leib erst eine Haut von Gummi elasticum, darüber ein großes Pechpflaster, über diesen eine Binde von 6 Ellen Flanell. Auf der Herzgrube einen kupfernen Teller. Auf der Brust einen großen Sack mit warmem Sand. Um den Hals eine doppelte Binde, gefüllt mit Wacholderbeeren und Pfefferkörnern: in den Ohren zwei Stück Baumwolle mit Kampfer ... Über dem Gesicht muss er noch eine Larve aus Krausmünzenteich haben, und in dem Munde ein Viertelpfund Kalmus. So ausgerüstet und so versehen, ist man sicher, die Cholera – am Ersten zu bekommen.“

Wenn Memmingen neben Marrakesch liegt, ...

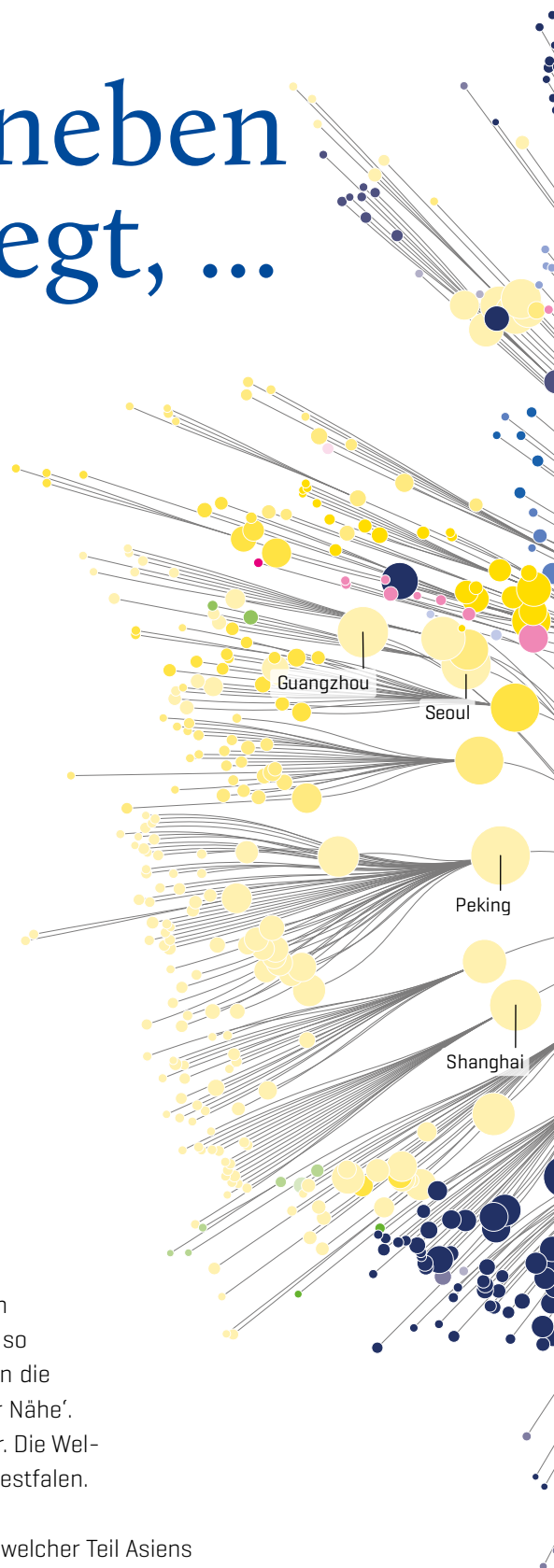
200 000 Jahre brauchte der Homo sapiens von Ostafrika nach Neuseeland, 800 Jahre der Kompass von China nach Europa, und sechs Monate wanderte die Spanische Grippe von Kansas nach Bergisch Gladbach. Gutes und Schlechtes breitete sich aus wie Wellen im Teich: In die Nähe ging's schnell, die Ferne brauchte Zeit.

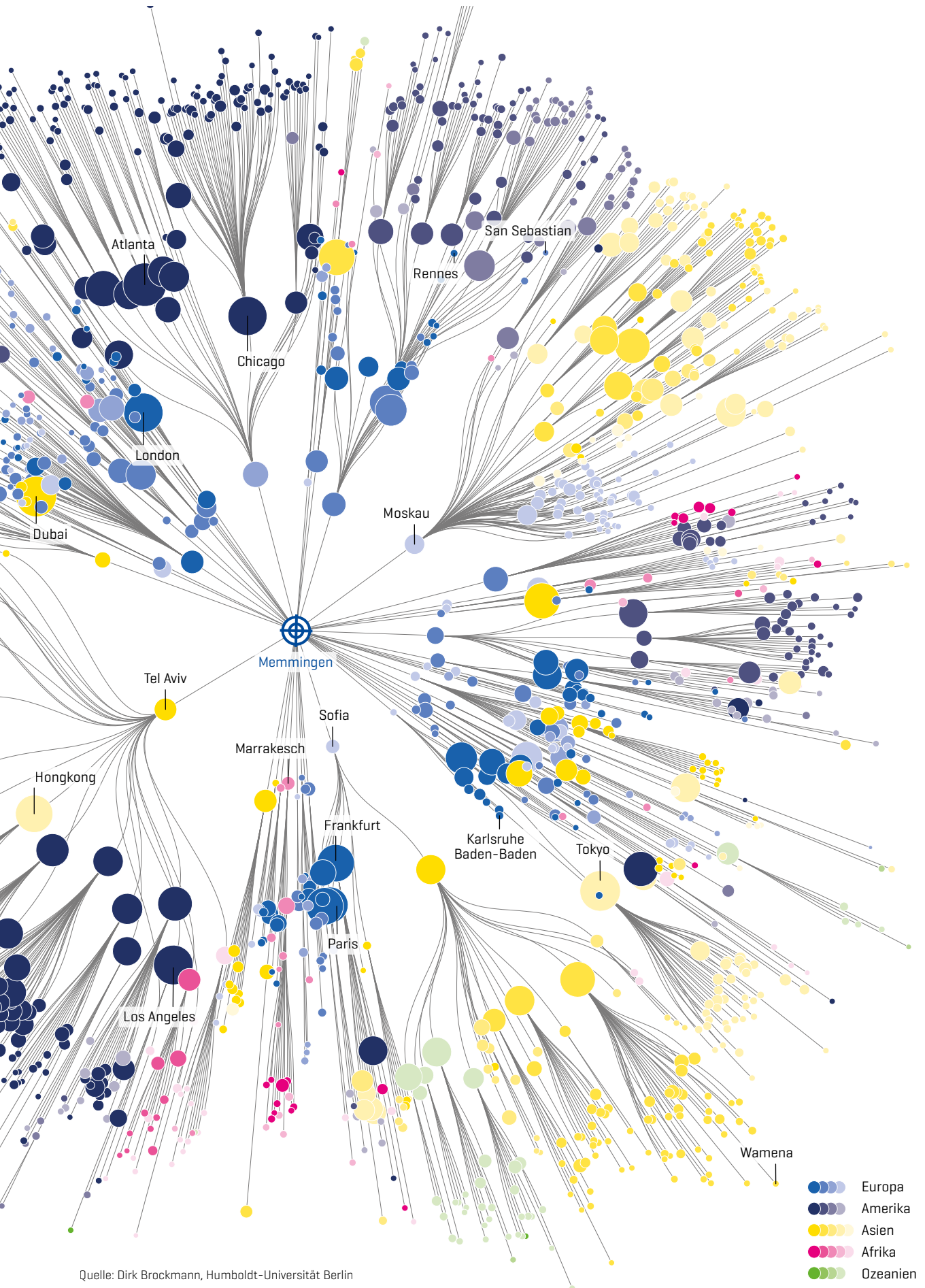
Ob Viren, Ideen oder Ansichten – die heutigen Wege der Ausbreitung sind nicht mehr kreisförmig darstellbar: Nur einen halben Tag braucht der Homo sapiens auf die andere Seite seiner Welt. Er ist dort schneller als an manchem Ort im eigenen Land. Entfernung ist keine Frage von Kilometern mehr, das ganze Konzept der Geografie hat einen Knacks bekommen.

Mit dem komplex vernetzten Flugverkehr gewinnt dafür das Konzept der ‚Effektiven Entfernung‘ an Bedeutung: Was heute nah und fern heißt, haben die Physiker Dirk Brockmann vom Robert-Koch-Institut zur Ausbreitung und Dynamik von Infektionskrankheiten und Dirk Helbing von der ETH Zürich erforscht. Sie haben die ‚Effektiven Entfernungen‘ der modernen Welt berechnet – wie viel Zeit es von einem Ort zum anderen braucht.

Übersetzt in unsere gewohnte Vorstellung von einer kreisförmigen Ausbreitung der Dinge entsteht dabei eine neue Karte, vielmehr so viele Karten, wie es Abflugorte gibt: Stellt man etwa Memmingen in die Mitte der Welt, erkennt man Tel Aviv, Sofia und Moskau ganz ‚in der Nähe‘. Und: Memmingen liegt viermal näher an Marrakesch als an Münster. Die Wellen einer Epidemie in Schwaben wären also früher in Afrika als in Westfalen.

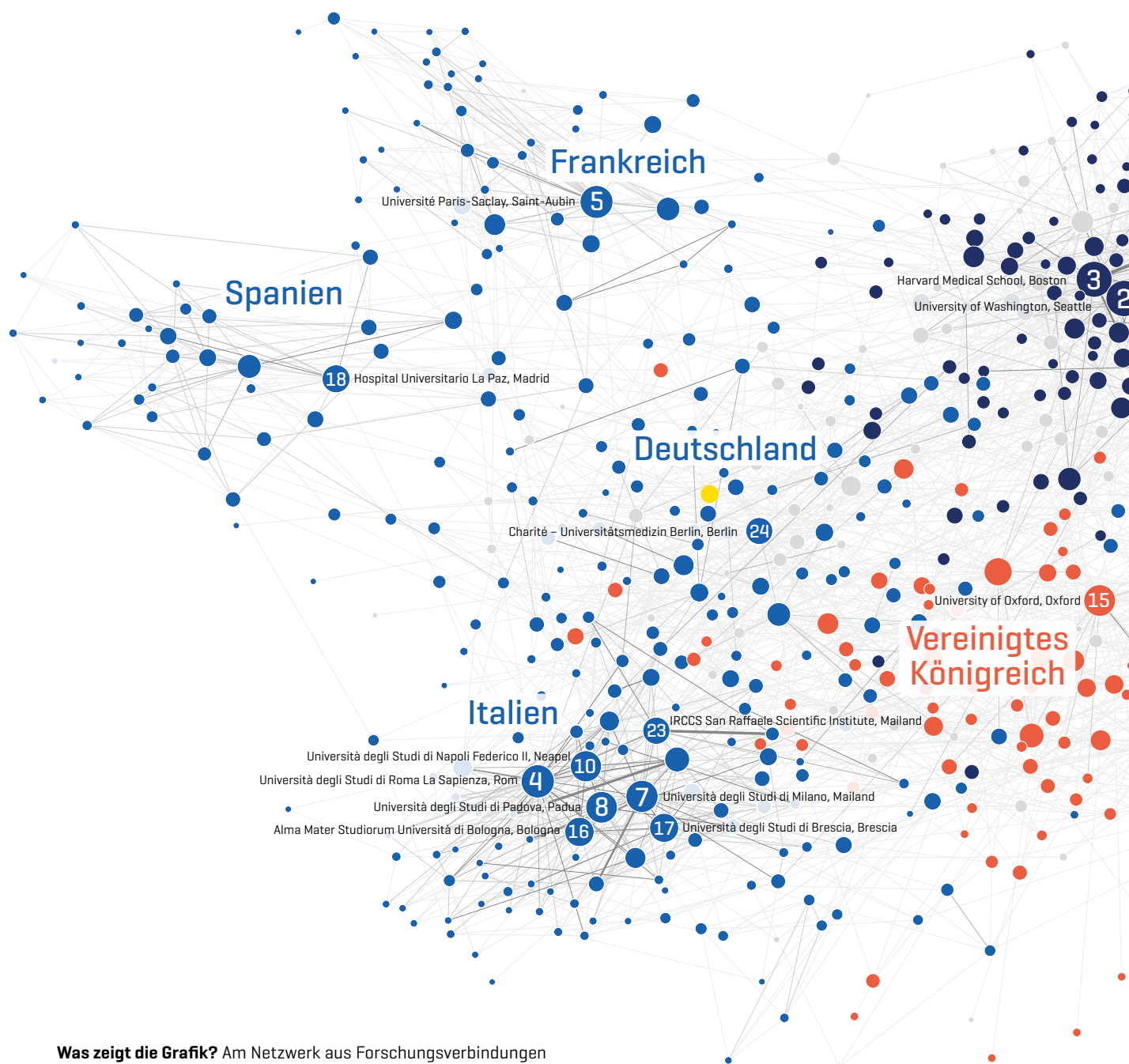
Geben Sie doch mal Ihren Heimatflughafen ein und entdecken Sie, welcher Teil Asiens oder Amerikas gleich vor Ihrer Haustür liegt: rocs.hu-berlin.de/viz/sgb





Quelle: Dirk Brockmann, Humboldt-Universität Berlin

... dann liegt Heidelberg auch neben Harvard



Was zeigt die Grafik? Am Netzwerk aus Forschungsverbindungen haben die USA und China den größten Anteil. Deutschland ist gut vernetzt, jedoch ein vergleichsweise kleiner „Player“. Andere EU-Länder wie Frankreich und Italien publizieren zwar mehr zu Covid-19 als Deutschland, stehen jedoch eher am Rande des globalen Netzwerks, wohingegen Deutschland global besser vernetzt ist. Deutschland hat damit das Potenzial, ein Broker im internationalen Forschungsnetzwerk zu werden.

„Deutschland könnte ein Broker werden“

Die Covid-19-Krise zeigt: Trotz international beachteter Forscher spielt Europa in der medizinischen Forschung nicht in der Weltspitzenliga. Dahinter steckt ein strukturelles Problem, wie eine Studie vom Frühjahr 2020 zeigt. Ein Gespräch mit Initiator Dr. Harald Katzmaier, CEO des Wiener FASresearch-Instituts.



Herr Dr. Katzmaier, Sie haben die weltweite Covid-19-Forschungslandschaft untersucht. Wo stehen Deutschland und Europa im internationalen Vergleich?

Wenn man sich alle internationalen wissenschaftlichen Publikationen zur Covid-19-Forschung anschaut, sieht man, dass deutsche Wissenschaftler sehr oft zitiert werden und viel publizieren. Forscher in Frankreich und Italien veröffentlichen sogar noch mehr. Aber trotzdem wird die internationale Covid-19-Forschung von China und den USA dominiert.

Wie haben Sie das festgestellt?

Wir haben die wissenschaftliche Literatur zu Covid-19 daraufhin analysiert, aus welchen Ländern die Autoren kommen und wie oft sie jeweils zitiert wurden. Ganz vorne stehen China und die

USA. Sie dominieren auch die Forschungsachsen – also wer mit wem zusammen publiziert. Unsere Untersuchung zeigte: Jedes einzelne europäische Land hat in der Covid-19-Forschung die stärkste Beziehung zu den USA oder zu seinem europäischen Brückenkopf Großbritannien und nicht zu einem anderen europäischen Land.

Warum sind die Europäer vergleichsweise schwach vernetzt?

Wenn Sie als Wissenschaftler erfolgreich sein wollen, dann orientieren Sie sich am besten in Richtung USA: Dort sind die renommierten Institute, die namhaften Lehrstühle, die wichtigen Journale. Status, Reputation und finanzielle Ressourcen erhält man als europäische Einrichtung mit amerikanischen Partnern – das ist in der Corona-Forschung nicht anders als in der Krebsforschung. In den USA ist das Momentum zu Hause, finanzielles Kapital zieht Humankapital an, Erfolg gesellt sich zu Erfolg. Die Sprache ist nicht der Grund, Englisch ist ohnehin schon die Lingua franca der Wissenschaft.

Welchen Unterschied macht es, ob das Wissen in Yale oder Göteborg gewonnen wird?

Solange die USA Epizentrum der Forschung bleiben, können die Europäer ihr Wissen in wesentlich geringerem Ausmaß in Europa halten oder verwerten. Dadurch entstehen Abhängigkeiten und Resilienz geht verloren.

Was wäre die Alternative? Wie soll das Europa der 27 zu einem Epizentrum werden?

Sie haben Recht, eine große Schwäche von Europa ist, dass es so zerfranst ist. Wir müssen allerdings gar nicht versuchen, alle unter eine Decke zu bekommen. Es reicht, wenn sich einzelne europäische Länder themenorientiert zusammenschließen und Centers of Excellence gründen. Dann bilden zum Beispiel Schweden, Deutschland und Bulgarien die Avantgarde zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes. Oder Italien, Spanien und Österreich zu Antibiotika. Das Ziel: Themenführerschaft. So kann es gelingen, autonome Netzwerke von globaler Anziehungskraft aufzubauen. Wobei man

Rang	Land	% Anteil an allen Artikeln	Anzahl der Publikationen	% Anteil an allen Zitationen
1	USA	28,53	3282	27,98
2	CHINA	22,74	2615	62,06
3	Italien	11,29	1299	7,44
4	Vereinigtes Königreich	8,69	999	7,45
5	Indien	4,91	565	2,00
6	Spanien	4,83	555	2,19
7	Frankreich	4,69	539	4,04
8	Kanada	4,47	514	3,96
9	DEUTSCHLAND	4,18	481	4,23
10	Australien	3,32	382	4,27
11	Brasilien	2,91	335	0,94
12	Schweiz	2,66	306	2,00
13	Südkorea	2,37	273	2,06
14	Niederlande	2,33	268	3,64
15	Iran	1,97	227	1,05
16	Japan	1,95	224	1,59
17	Türkei	1,83	210	0,43
18	Singapur	1,82	209	2,18
19	Saudi-Arabien	1,67	192	1,13
20	Belgien	1,61	185	1,36

übrigens auch über Beziehungen eine zentrale Position gewinnen kann.

Inwiefern?

Deutschland hat das Potenzial, zu verschiedensten Partnern positive Beziehungen zu unterhalten. Dadurch könnte es ein Broker werden und beispielsweise stark und selbstbewusst zwischen China und den USA vermitteln. Dann wissen die anderen: Wenn ich dort hingehe, dann bin ich in einem Netzwerk mit den Chinesen und den Amerikanern und den Europäern und habe den Zugang zu den wichtigsten Playern der Welt.

Sie sagten vorher, starke Netzwerke seien auch eine Frage der Resilienz ...

Man hört jetzt oft, man müsse autonomer werden, nicht zu sehr abhängig sein, um resilient zu sein. Ich kann diesen Gedanken nachvollziehen, aber Autonomie und Resilienz gewinne ich nicht durch selbstauferlegte Verzerrung. Resilienz und Autonomie ist keine Frage des Territoriums, sondern der

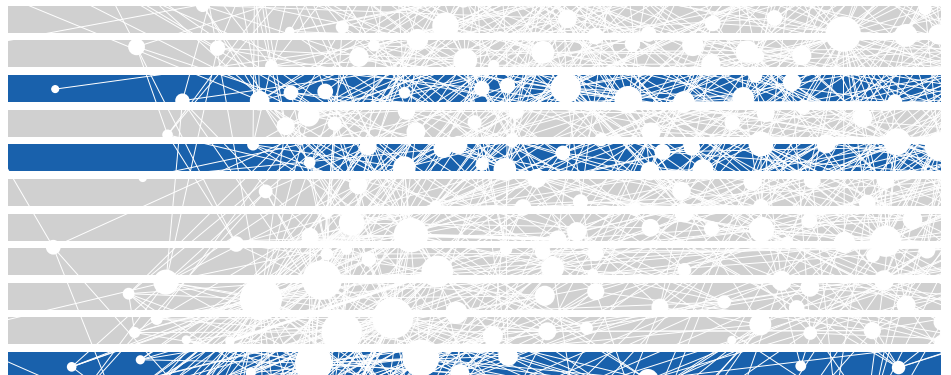
Einzigartigkeit der Beziehungen. Wenn ich als ein Netzwerk mit unverwechselbaren Austausch- und Lernbeziehungen einen Platz einnehme, den niemand sonst einnimmt, dann bin ich stark. Die Schweiz demonstriert das seit Jahrhunderten bezogen auf Finanzen.

Und konkret, bezogen auf medizinische Forschung?

Im medizinischen Bereich ist das Lernen globalisiert. Das zu renationalisieren wäre ein völliger Rückschritt. Die Frage ist: Wie schaffen wir es, dass Wissen nicht in die USA abdriftet, sondern dass Forscher und Forscherinnen genauso von den USA nach Europa wechseln wie von Europa in die USA? Dabei geht es nicht um den Kampf zwischen brain drain und brain gain. Was wir brauchen ist brain circulation – Austauschprozesse auf Augenhöhe. Dann muss man auch nicht mehr in den USA gewesen sein, um in Europa einen renommierten Lehrstuhl zu besetzen.

Kirsten Wörnle

Vom 13. März bis 1. August 2020 wertete das FASresearch-Institut Publikationen rund um das Thema Covid-19 aus. Insgesamt wurden 11 502 unterschiedliche Artikel aus 2451 Journalen von 64 827 Autorinnen und Autoren in 147 unterschiedlichen Ländern mit 10 979 unterschiedlichen Institutionszugehörigkeiten in die Netzwerkanalyse mit aufgenommen.



„Die Katze ist aus dem Sack“

Plötzlich klappt es mit der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Warum das bisherige Schnecken-tempo gefährlich war und wie auch Pandemiemanagement dadurch besser würde: Ein Gespräch mit der Digitalisierungsexpertin Prof. Dr. Sylvia Thun.



Frau Prof. Thun, wie wirkt sich Corona auf die Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen aus?

Die Katze ist aus dem Sack. Als hätte ein kleiner Tropfen das Fass zum Überlaufen gebracht. Wir haben in vier Monaten erreicht, was wir in 20 Jahren nicht geschafft haben.

Sie selbst haben ja jahrelang gewarnt, wie steinzeitmäßig mit diesem Thema im Land der Ingenieure umgegangen wird ...

... das war schon sehr beschämend. Ich hatte zum Beispiel noch im März eine Anfrage der amerikanischen Arzneimittelbehörde FDA. Die wollten erforschen, ob Chloroquin gegen Covid-19 helfen könnte. Dafür brauchten sie möglichst viele Medikationsdaten auch aus anderen Ländern als den USA. Da musste ich denen sagen, dass Rezepte bei uns immer noch nicht digital verordnet werden und wir keine elektronische Patientenakte haben, in der aktuelle Daten sofort ersichtlich wären.

Warum lief es hierzulande so schleppend?

Wir waren uns nicht einig. Mangels klarer Rahmenbedingungen entstanden einzelne digitale Inseln, die nicht interoperabel sind. Bürger wurden nicht mitgenommen. Die deutsche gematik GmbH hatte erstmal gar kein

Interesse an einem internationalen Austausch, anders als wir Wissenschaftler und große Firmen. Das Thema war durch die gematik besetzt, und internationale Akteure kamen hier nicht rein. Erst jetzt in der Pandemiesituation wurde die Bedeutung der internationalen Zusammenarbeit allgemein erkannt.

Erklären Sie uns bitte die Bedeutung.

Daten sind Wissen, mit dem man schneller agieren kann. Wenn ich an der Charité eine Studie zu einem bestimmten Thema machen will, kann ich anhand von vereinheitlichten internationalen Daten sofort sehen, ob in Shanghai oder woanders gerade etwas zu diesem Thema erforscht wird. Das ist sehr wichtig in der heutigen Zeit, gerade in Pandemiezeiten, wo wir international zusammenarbeiten müssen. Das Wissen, das man sich bislang aus vielen Quellen zusammensuchen muss, sollten wir bündeln.

Was braucht es dafür?

Wir brauchen einheitliche Terminologien basierend auf internationalen Standards wie bei Industrienormen. Da gibt es ja auch die Sechsserschraube. Wollen Sie in ein Flugzeug steigen, in dem solche Standards nicht verbaut worden sind? Jetzt in der Corona-Krise

„Wir haben in vier Monaten erreicht, was wir in 20 Jahren nicht geschafft haben.“

Prof. Dr. Sylvia Thun

wird klar, wie dringlich solch eine Vereinheitlichung ist. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung forderte einen einheitlichen Datensatz für die Corona-Forschung in Deutschland: Wenn ein Arzt einen Patienten fragt, ob er einen Geschmacksverlust hat, dann muss der Geschmacksverlust fortan elektronisch immer gleich ausgewiesen sein, mit einem zugewiesenen Code und einer folgenden Grammatik. Das ist inzwischen zum Beispiel ein Snomed-Code. Es gibt auch LOINC, das sind allgemeingültige Namen und Codes für Untersuchungs- und Testergebnisse von Laboren. Und die werden jetzt endlich genutzt nach den Vorgaben einer großen internationalen Initiative: dem Joint Initiative Council for Global Health Informatics Standardization [JIC]. Das ist ein langer und schwieriger Prozess, weil sich alle Beteiligten weltweit einigen müssen. Und weil diese Sprache technologisch und klinisch-fachlich immer auf der Höhe der Zeit bleiben muss – und beides entwickelt sich ja rasant.

Ist diese Sprache wie ein digitales Esperanto für alle Daten des Gesundheitswesens?

Genau. Eine Sprache, die alle Fachkräfte und vor allem die IT-Anwendungen des Gesundheitswesens nutzen und verstehen, selbstverständlich auch in Deutschland. Wir schrei-

ten hierzulande gerade sehr schnell voran, weil die Standards international schon da waren. Wir haben auf europäischer Ebene zuvor bereits alles machen können. Und vieles wurde sogar von deutschen Wissenschaftlern entwickelt, aber im eigenen Land nicht genutzt. Wir haben lieber international gearbeitet.

Was würde das digitale Esperanto in der Medizin bringen?

Banal gesagt: Gesundheit! In erster Linie denke ich an etwas, das wir eigentlich schon seit 20 Jahren haben müssten, nämlich die elektronische Versendung von Befunden, Arztbriefen oder Überweisungsscheinen. Es gibt bis heute in Deutschland nach Krankenhausaufenthalten für die ambulante Weiterversorgung ein Stück Papier. Das trägt im besten Fall der Patient mit sich, im schlechtesten Fall wird es per Post geschickt und erreicht ihn womöglich nicht. Und das ist natürlich hochgefährlich, wenn der weiterbehandelnde Arzt die Medikation nicht kennt, nicht genau weiß, wie die OP verlaufen ist, oder den Namen des im Krankenhaus verabreichten Medikaments verkehrt hört. Die Behandlungsdaten eines Patienten müssen endlich alle in seiner elektronischen Patientenakte zusammengeführt werden, präzise und eindeutig durch gemeinsame, internationale Standards und sofort verfügbar.

In welchen Bereichen könnte die medizinische Forschung und Versorgung von Digitalisierung profitieren?

In allen. Bei der Entwicklung neuer Medikamente, der Verbesserung von Therapien, der Vorsorge. Wir haben bei uns an der Charité beispielsweise das spezielle Warnsystem AKI-Alert entwickelt, das kritische Kreatininwerte automatisch erfasst und digital auswertet, um akute Nierenschäden frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Das ist also Qualitätssicherung für die Patienten. Herzinfarkt-Prädiktion haben wir jetzt auch. Diese Algorithmen haben wir aus der Vereinheitlichung der Daten gewonnen. Digitalisierung rettet Menschenleben. Was wir uns da jahrelang geleistet haben, ist genauso gefährlich wie unreflektierte Aussagen prominenter Personen in der Pandemie.

Auch bei Covid-19?

Wir waren da ja bisher sehr gut. Aber: Wir hätten noch viel besser sein können, wären wir bei der Digitalisierung schon viel früher dran gewesen. Ein Beispiel: Man hätte schon vor Jahren das System ausbauen müssen, mit dem das Robert-Koch-Institut mit unseren Gesundheitsämtern kommuniziert. Da fehlten ganz entscheidende Schnittstellen bei der Weiterleitung, ob jemand auf SARS-CoV-2 positiv getestet wurde. Da wurden Befunde oft per Telefon und Fax weitergeleitet. So gingen nach der Speichelentnahme insgesamt drei bis fünf Tage bei einem Patienten ins Land, ehe die Gesundheitsämter die Befunde hatten. Die Schnittstellen haben wir von HL7 Deutsch-

land vor ein paar Wochen gemeinsam mit dem RKI entwickelt. Es ist mir ein Rätsel, warum es diese Schnittstelle nicht früher gab.

Was hätte das praktisch bedeutet?

Dass viele Patienten nicht unnötig in Quarantäne hätten gehen müssen. Das hat auch einen wirtschaftlichen Aspekt, die Leute hätten arbeiten, die Kinder zur Schule gehen können. Und vor allem, dass viele Patienten schneller hätten behandelt, manche gerettet werden können. Auch für die Mütter wäre es einfacher gewesen, die ihre Kinder betreuen müssen. Unsere ganze Gesellschaft wäre handlungsfähiger gewesen.

Wie geht es jetzt weiter?

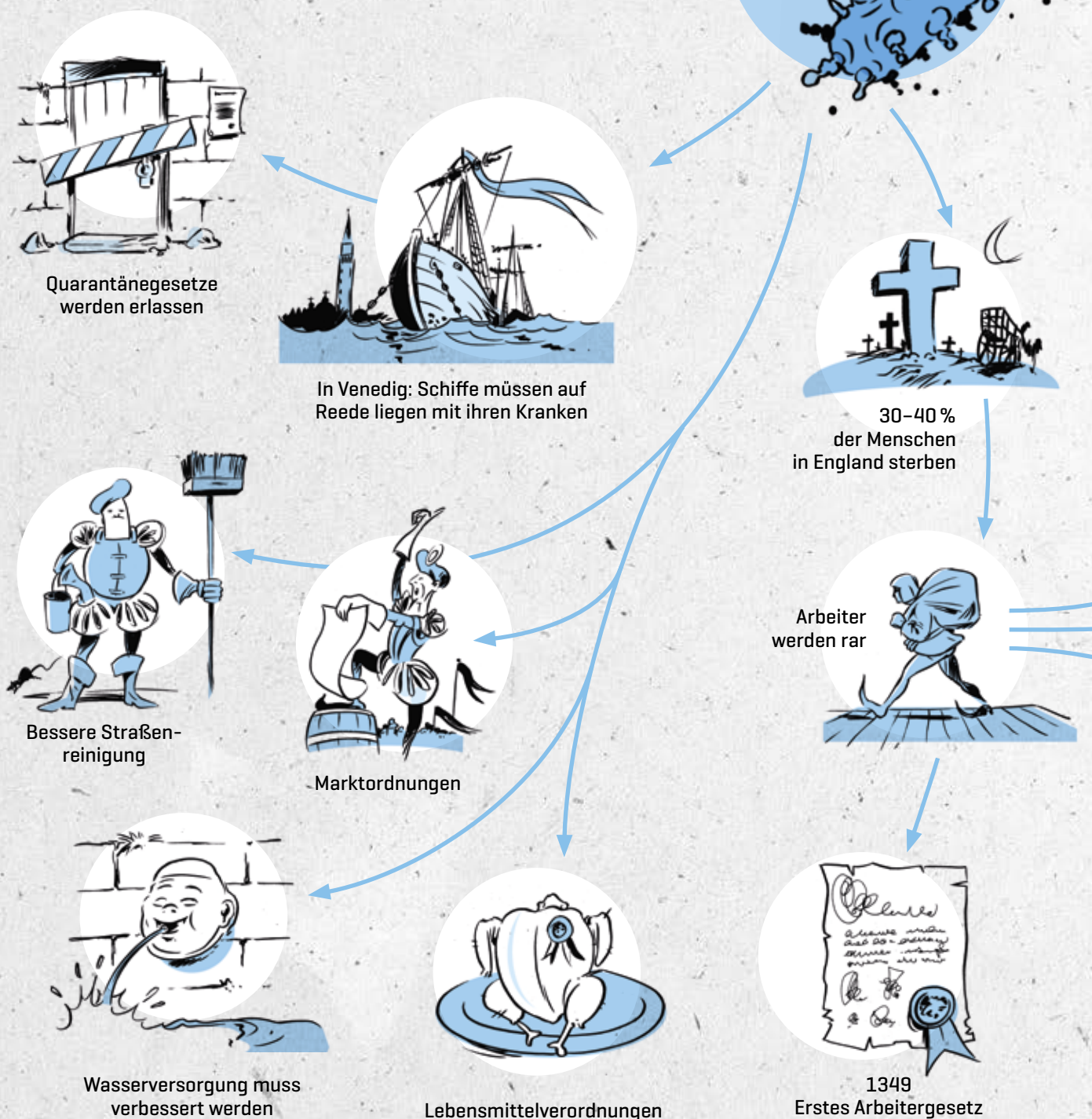
Meines Erachtens brauchen wir eine höhere Instanz, eingesetzt vom Wirtschafts-, Forschungs- und Gesundheitsministerium. Das muss auf TOP 1 der Politik gesetzt werden und nicht nur an einer Abteilung im Gesundheitsministerium hängen. Gesundheit ist unser wichtigstes Thema.

Prof. Dr. Sylvia Thun ist eine weltweit gefragte Expertin für IT-Standardisierung und semantische Interoperabilität im Gesundheitswesen. Die approbierte Ärztin und Biomedizin-Ingenieurin leitet unter anderem den Bereich E-Health und Interoperabilität am Berliner Institut für Gesundheitsforschung (BIH).

Pandemien schreiben sich ins Gedächtnis der Menschheit ein. Der Schrecken der Vorfahren lebt bisweilen Jahrhunderte weiter – etwa in Redewendungen wie „ich meide das wie die Pest“. Doch es gibt auch die andere Seite. Mit ihrer umwälzenden Kraft stoßen Pandemien gesellschaftliche Wandlungen an, verändern Gefüge, öffnen Bahnen in die Zukunft. Sie verändern die Welt: die Malerei, zum Beispiel; oder den Fußballclub Real Madrid.

Der Lichtstreif von Pest

1346–1353



und Cholera

19. Jahrhundert



Vereine für
Gesundheitspflege
werden gegründet



Internationale
Hygiene-Konventionen
1912 und 1926



Prävention
als Politik



1. Internationale
Gesundheits-
konferenz in
Konstantinopel [1839]



Leibeigenschaft
wird abgeschafft



Menschen ziehen in die Stadt



Arme auf dem Land kommen
plötzlich zu Bauernhöfen



Löhne steigen



Mechanisierung lockt



Buchdruck



Webstuhl

Cholera



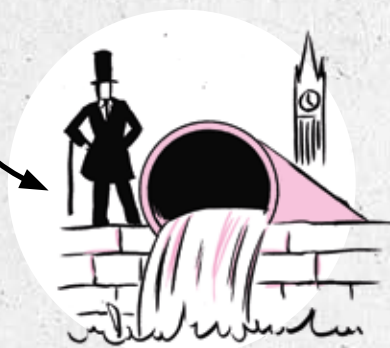
Stadtplanung wird international verbessert



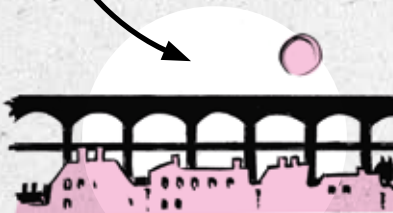
Architekten trennen sich von Ornamentalem



Viele öffentliche Parks, da man den Erreger in stickiger Luft vermutet [z. B. Central Park, New York]



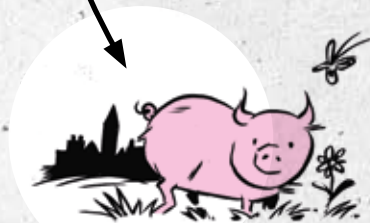
Moderne Abwasseranlagen [z. B. London]



Aquädukte werden gebaut



Slums werden abgerissen oder sanierte Wohnungen gebaut [z. B. Paris]



Tiere werden vor die Stadt gebracht



Arnold Schönberg schafft ein komplett neues musikalisches System, die Zwölftontechnik

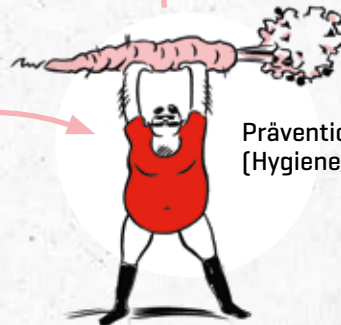
Der genesene spanische König macht den „Madrid FC“ zum königlichen „Real Madrid“



Ernüchterung der Kunst durch Seuche und Krieg



Schub für Alternativmedizin



Präventionsgedanke wächst [Hygiene, Sport, Ernährung]



Zweifel an Wissenschaft



Ärzte scheitern



Nichtärztliche Behandlungen haben mehr Erfolg

Spanische Grippe

1918–1920



Erkenntnis: Gesundheit ist zentrale staatliche Aufgabe



Völkerbund schafft globale Gesundheitsorganisation [gegründet 1920]

„Sogar bei der
Beerdigung
meiner Mutter
haben wir
Witze gemacht“





„Ich habe viele Nichten und Schwestern, und die begannen natürlich alle zu weinen. Also hatte ich mich vorbereitet und Taschentücher verteilt. Darauf stand: ‚Plärr, du Ziege!‘ oder ‚Verrotztes Schwein‘. Der Vikar machte vorne sein Ding, und als er das Gekicher bemerkte, dachte er: ‚Ich habe noch nie zuvor Lacher bekommen. Das ist großartig!‘ ...

... oder als er uns vorher fragte: ‚Wie war Ihre Mutter denn so?‘, antwortete mein Bruder Bob: ‚Sie war eine leidenschaftliche Rassistin.‘ Der Vikar antwortete: ‚Aber das kann ich doch hier nicht sagen!‘ Also sagte Bob: ‚Na, dann schreiben Sie halt einfach: Sie liebte das Gärtnern.‘ Mein Bruder nannte dem Vikar auch falsche Namen: Wir heißen Ricky, Robert, Marsha und Larry. Bei der Rede dann sagte der Vikar: ‚Sie hinterlässt vier liebende Kinder: Ricky, Robert, Marsha und Barry.‘ Larry drehte sich zu uns anderen um, und wir weinten vor Lachen, und der Vikar dachte, wir seien verrückt ...

... Doch genau dafür gibt es doch Humor. Er hilft uns durch schlimme Zeiten. Es ist eine Sünde, nicht über Schlimmes zu scherzen, das ist Verschwendung. Genau darüber sollten wir unsere Witze machen.“

Ricky Gervais, britischer Comedian

in Interviews mit David Letterman, Conan O'Brien, ABC The View und Radio 4 ‚Desert Island Discs‘

„ICH GLAUBE, ER HAT GESAGT, ER LANDET AUF DEM HUDSON“

Die vier Minuten des US-Airways-Flugs 1549



Erzählt vom Piloten Chesley Sullenberger:*

„Der 15. Januar 2009 begann wie 10000 andere Tage. Und Flug 1549 verlief in den ersten hundert Sekunden völlig routinemäßig. Doch der Tag wurde plötzlich, und das erkannte ich sofort, zum schlimmsten meines Lebens.

Wir flogen mit etwa 350 km/h, als ich die Vögel um uns herum sah. Dann knallten sie auch schon gegen die Windschutzscheibe, wie in einem Hitchcock-Film. Ein großer Schwarm Kanadagänse. Sie schlugen mitten in beide Triebwerke. Sofort gab es Geräusche und Vibrationen, die ich noch nie in einem Flugzeug gehört und gefühlt hatte. Bald schon konnte man die brennenden Vögel aus den Maschinen riechen. Dann kam der plötzliche Schubverlust, an beiden Motoren gleichzeitig. Es fühlte sich an, als wäre der Boden aus unserer Welt gefallen.

Mein Körper reagierte sofort: Ich fühlte, wie mein Puls in die Höhe schoss, mein Blutdruck anstieg und mein Wahrnehmungsfeld wie ein Tunnel wurde. Mein erster Gedanke: Das kann nicht passieren. Doch aus allem, was ich über viele Unfallflüge gelesen hatte, wusste ich, dass das eine typische Reaktion ist. Als Nächstes dachte ich: Mir passiert das nicht. Erst als Drittes kam die Erkenntnis, dass dieser Flug, im Gegensatz zu allen anderen in 42 Jahren, nicht unbeschadet auf einer Landebahn enden würde.

Damit war ich einverstanden, solange ich das Problem lösen würde – obwohl wir nie das Wassern trainiert hatten. Aber ich kannte mein Flugzeug und meinen Beruf so gut, dass ich klare Prioritäten setzen und alles, wofür ich keine Zeit hatte, ignorieren konnte. Ich hatte immer viel über Neurobiologie gelesen und wusste, dass Multitasking ein Mythos ist. Wenn wir glauben, dass wir multitasken, wechseln wir tatsächlich schnell zwischen Aufgaben und erledigen keine gut. Also beschloss ich, mir nicht zu viel vorzunehmen (...).

15:26:37 Pilot SULLENBERGER:

Ah, was für eine Sicht auf den Hudson heute.

15:26:42 Co-Pilot SKILES: Yeah.

15:26:52 SKILES: Landeklappen bitte nach Startcheckliste hoch.

15:26:54 SULLENBERGER: Landeklappen hoch.

15:27:07 SULLENBERGER: Nach-dem-Start-Checkliste abgearbeitet.

15:27:10 SULLENBERGER: Vögel.

15:27:11 SKILES: Whoa.

15:27:11 [Dumpe Schläge, gefolgt von zitternden Geräuschen]

15:27:12 SKILES: Oh.

15:27:13 SULLENBERGER: Oh, ja.

15:27:13 [Motorgeräusche lassen nach]

15:27:14 SKILES: Oh oh.

15:27:15 SULLENBERGER: Eine Maschine wird schw... Beide Maschinen werden schwächer.

15:27:21 SULLENBERGER: Ich starte das Hilfstriebwerk.

15:27:23 SULLENBERGER: Mein Flugzeug.
[Sullenberger übernimmt manuell]

15:27:24 SKILES: Dein Flugzeug.

15:27:28 SULLENBERGER: Hol' das Handbuch ... Schubverlust in beiden Triebwerken.

15:27:32 FUNKKANAL: Mayday Mayday Mayday. Äh, hier ist, äh, Cactus fünfzehn neunund-dreißig, Vogeleinschlag, wir haben Schub verloren in beiden Turbinen, wir kehren zurück nach LaGuardia.

15:27:42 FLUGSICHERUNG: Ok, Sie müssen nach LaGuardia zurück? Drehen Sie links, Richtung zwei zwei null.

15:27:46 FUNK: zwei zwei null.

15:28:02 SKILES: Optimale Fluggeschwindigkeit für erneute Zündung: dreihundert Knoten. Die haben wir nicht.

15:28:05 FLUGSICHERUNG: Cactus fünfzehn neunundzwanzig, wollen Sie die Landung auf Landebahn eins drei versuchen?

15:28:10 FUNK: Schaffen wir nicht. Wir landen vielleicht im Hudson.

15:28:14 SKILES: Notstromversorgung ... Notstromaggregat nicht online.

15:28:19 SULLENBERGER: Online.

15:28:21 SKILES an Flugverkehrskontrolle: Notfallcode 7700.

Mir war klar, dass es nur wenige Minuten dauern würde, bis unser Flugweg die Erdoberfläche kreuzen würde, und ich musste den bestmöglichen Ort dafür auswählen. Ich setzte zuerst einen Notruf, beriet mich mit dem Flugzeugcontroller, um eventuell nach LaGuardia zurückzukehren. Doch das stellte sich als unmöglich heraus. Dann überlegten wir, den Flughafen Teterboro in New Jersey zu erreichen, aber der war auch zu weit weg. Ich sagte dem Controller, dass wir im Hudson landen würden. Der Zeitdruck war so hoch, dass mein Co-Pilot Jeff Skiles und ich gar nicht besprechen konnten, was passiert war und was zu tun sei. In der Krise kooperierten wir wortlos, basierend auf unserer langjährigen Erfahrung (...) Bei jeder Entscheidung feuerte er mich schweigend an, war immer bereit einzugreifen, sollte ich einen Fehler machen.

Ich hatte nur eine Chance, die richtige und wichtigste Kabinendurchsage meines Lebens zu machen, also nahm ich mir Zeit, wollte zuversichtlich klingen. Daher habe ich bestimmte Wörter ganz absichtlich gewählt. Zum Glück haben wir ein sehr gut definiertes Luftfahrtvokabular, in dem einzelne Wörter klare Bedeutungen haben. „Brace“ ist so ein Wort. Es signalisiert dem Kabinenpersonal, dass eine Notlandung unmittelbar bevorsteht (...) Und spontan wählte ich ein weiteres Wort, um zu zeigen, was zu erwarten ist (...), dass es eine harte Landung werden würde (...). Ich habe das Wort „Impact“ gewählt, um ihnen ein lebendiges Bild zu geben.

Ich sagte: „Hier spricht der Kapitän. Bereiten Sie sich auf den Aufprall vor.“ Und sofort konnte ich meine Flugbegleiter sogar durch die gepanzerte Cockpittür hören, wie sie den Passagieren zuriefen. „Brace! Brace! Brace! Kopf runter, unten bleiben!“ Das ermutigte mich, denn ich merkte, dass ich die richtigen Worte gewählt und meine Crew mich genau verstanden hatte.

15:28:25 SULLENBERGER: Ja, die linke Turbine kommt wieder ein bisschen.

15:28:31 FLUGSICHERUNG: Okay, Cactus fünfzehn neunundvierzig, links herum auf Landebahn drei eins.

15:28:35 SULLENBERGER: Unmöglich.

15:28:36 FLUGSICHERUNG: Okay, was brauchen Sie, um zu landen?

15:28:37 SKILES: Er will, dass wir kommen und auf eins drei landen ... warum auch immer.

15:28:46 FLUGSICHERUNG: Cactus fünfzehn neunundzwanzig, Landebahn vier ist verfügbar, wenn Sie über links zur Landebahn vier fliegen.

15:28:49 FUNK: Ich bin mir nicht sicher, dass wir es auf irgendeine Landebahn schaffen. Äh, was gibt es rechts von uns, irgendwas in New Jersey, vielleicht Teterboro?

15:28:55 FLUGSICHERUNG: Ok yeah, rechts von Ihnen ist der Flughafen Teterboro.

15:29:00 SKILES: Keine Zündung möglich nach dreißig Sekunden, Motor eins und zwei. Bestätigt.

15:29:02 FLUGSICHERUNG: Wollen Sie Teterboro versuchen?

15:29:03 FUNK: Ja.

15:29:11 KABINENDURCHSAGE: Hier spricht der Kapitän, brace für den Aufschlag.

15:29:14 HÖHENWARNSYSTEM: Eintausend.

15:29:16 SKILES: Triebwerk zwei, wieder an.

15:29:21 FLUGSICHERUNG: Cactus fünfzehn neunundzwanzig, 280 Grad nach rechts, Sie können auf Landebahn eins in Teterboro landen.

15:29:21 SKILES: Ist das aller Schub, den wir haben? Wie ist es mit Nummer eins? Haben wir Power auf Triebwerk Nummer eins?

15:29:25 FUNK: Wir schaffen das nicht.

15:29:26 SULLENBERGER: Versuch es weiter mit Triebwerk Nummer eins.

15:29:27 FLUGSICHERUNG: Okay, welche Landebahn wollen Sie in Teterboro?

15:29:28 SULLENBERGER: Wir werden auf dem Hudson landen.

15:29:33 FLUGSICHERUNG: Entschuldigung, sagen Sie das nochmal, Cactus?

15:29:36 SKILES: Ich schalte es wieder ein.

15:29:37 SULLENBERGER: Okay, schalte es wieder an ... stell es wieder an.

15:29:37 HÖHENWARNSYSTEM: Zu tief. Boden.

15:29:44 SKILES: Keine Wiederzündung.

Als wir uns dem Wasser näherten, arbeitete Jeff wieder wortlos mit mir zusammen. Er wusste, dass das letzte kritische Manöver für mich darin bestand, die Lage visuell abzuschätzen: Ich blickte auf diesen strukturlosen Wasserzug vor uns, wo Tiefenwahrnehmung naturgemäß schwer ist. Die Herausforderung lag darin, die Höhe zu finden, in der man die Nase des Flugzeugs zu heben beginnt, um zu landen; einen Teil unserer Vorwärtsbewegung in eine gegen eine verringerte Sink- und Aufsetzgeschwindigkeit einzutauschen; und die richtige, leicht nach oben gerichtete Haltung zu erreichen, wenn wir das Wasser berührten.

Also begann Jeff, mir Luftgeschwindigkeit und Höhe zuzurufen, während ich auf das vor mir liegende Wasser blickte, um mir bei der Abschätzung dieser kritischen Höhe zu helfen. Wir kamen so schnell herunter, dass wir, würde ich nur einen Faktor um einen Bruchteil falsch einschätzen, zu früh beginnen und dann zu langsam werden und hart aufschlagen würden oder zu spät beginnen und dann mit der falschen Haltung zu schnell ins Wasser tauchen würden.

Der Aufschlag aufs Wasser war hart. Aber Jeff und mir war klar, dass das Flugzeug noch ganz war und stabil auf dem Wasser trieb. Wir drehten uns gleichzeitig zueinander um und sagten beide exakt das Gleiche: „Na, das war gar nicht so schlimm, wie ich dachte.“

Doch noch klatschten wir uns nicht ab. Wir mussten noch 155 Leute aus einem Flugzeug holen, mitten auf dem Fluss, im Januar. Ich öffnete die Cockpittür und rief nur ein Wort: „Evakuieren.“ Das ging ziemlich schnell. Doch es dauerte qualvolle vier Stunden, bis ich endlich offiziell erfuhr, dass alle in Sicherheit waren. Erst dann waren meine unmittelbaren Pflichten erfüllt.“

*Leicht gekürzt übernommen aus Inc.com Video, New York, USA

15:29:45 SULLENBERGER: Ok, auf geht's, fahr die Klappen aus, fahr die Klappen aus.

15:29:48 BODENANNÄHERUNGSWARNSYSTEM: Achtung. Bodennähe.

15:29:48 SKILES: Landeklappen ausgefahren?

15:29:49 BODENANNÄHERUNGSWARNSYSTEM: Boden. Boden. Hochziehen. Hochziehen.

15:29:51 FLUGSICHERUNG: Cactus, äh ...Cactus fünfzehn neunundvierzig, Radarkontakt ist abgebrochen, Sie haben auch den Flughafen Newark, auf zwei Uhr, in sieben Meilen.

15:29:55 BODENANNÄHERUNGSWARNSYSTEM: Hochziehen. Hochziehen. Hochziehen.

15:30:01 SKILES: Landeklappen ausgefahren.

15:30:03 SKILES: Zweihundertfünfzig Fuß Höhe.

15:30:04 HÖHENWARNSYSTEM: Zu tief. Boden.

15:30:06 SKILES: Hundertsiebzig Knoten.

15:30:09 SKILES: Keine Kraft mehr auf beiden? Probier die andere.

15:30:09 FUNK anderes Flugzeug: Zwei eins null, äh, siebenundvierzig achtzehn. Ich glaube, er hat gesagt, er geht in den Hudson.

15:30:13 BODENANNÄHERUNGSWARNSYSTEM: Achtung, Boden.

15:30:14 FLUGSICHERUNG: Cactus fünfzehn neunundzwanzig, äh, sind Sie noch da?

15:30:16 SKILES: Hundertfünfzig Knoten.

15:30:17 SKILES: Zwei Landeklappen, willst du mehr?

15:30:19 SULLENBERGER: Nein, wir bleiben bei zweien.

15:30:21 SULLENBERGER: Irgendwelche Ideen?

15:30:22 FLUGSICHERUNG: Cactus fünfzehn neunundzwanzig, wenn Sie können, äh... Sie bekommen, äh, Landebahn, äh, zwei neun in Newark, sie liegt auf zwei Uhr in sieben Meilen.

15:30:23 SKILES: Nein, eigentlich nicht.

15:30:24 BODENANNÄHERUNGSWARNSYSTEM: Boden. Boden. Hochziehen. Hochziehen.

15:30:38 SULLENBERGER: Bereit für „brace“.

15:30:41 HÖHENWARNSYSTEM: Fünfzig, dreißig.

15:30:42 FLUGWARNCOMPUTER: Drosseln.

15:30:43 [Ende der Aufnahme]

US-Airways-Flug 1549, Transkript, leicht gekürzt

„Radikale

Wie meistern Men



Dr. Georg Pieper

Ein Doppelinterview mit dem
Traumatologen Dr. Georg Pieper
und dem Münchner Klinikleiter
Prof. Dr. med. Sven Mahner.

Uniklinikum München, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in der Maistraße, ein wuchtiger Jahrhundertbau. Prof. Sven Mahner atmet in seinem Bürosessel tief durch. Gerade hat er ein „Krisengespräch“ mit einer Mitarbeiterin nach einer komplizierten Operation beendet – „Was würden wir beim nächsten Mal eventuell anders machen“, sagt er, „das haben wir nochmal bilanziert“. Dann leuchtet sein Bildschirm auf. Das Gesicht von Dr. Georg Pieper erscheint. Klinikleiter Mahner und Psychotraumatologe Pieper aus Marburg sind verabredet – zu einem Gespräch über Unangenehmes: Wie gehen sie um mit Not und Leid, mit Eskalation und Druck?

Akzeptanz“

schen Krisen?



Prof. Dr. med. Sven Mahner

Herr Prof. Mahner, wie geht es der Patientin?

Sven Mahner: Sie ist wohlauf, ist alles gut gegangen.

Sind Ärzte abgebrühte Zeitgenossen?

Mahner: Sagt man ihnen gelegentlich nach. Den Umgang mit Krisen erlernen wir Mediziner jedenfalls nicht im Studium, das kommt erst mit der Praxis. Ein Notarzt hat da sicherlich mehr auf der Tagesordnung als ein Zahnarzt. Für die Kollegin grade eben war die Komplikation etwas traumatisierend, denn sie ist jung, ehrgeizig und war vermutlich bisher selten mit Problemen konfrontiert. Überhaupt sind viele angehende Ärzte Niederlagen nicht gerade gewohnt, die legen los mit

Einser-Abi aus der Schule und einem geradewegs durchlaufenen Studium an der Uni, eben mit dem Gefühl, alles hinzukriegen.

Dr. Georg Pieper: Da muss man jetzt mit der Kollegin reden, reden und reden. Immerhin agiert sie an der Schnittstelle zwischen Leben und Tod. Mit viel Worten kann sie diese Erfahrung bewältigen und wird krisen-erprobter. Das hat aber nichts mit abgebrüht zu tun – eine Gefühlslosigkeit hilft niemandem, im Gegenteil! Vor 30 Jahren arbeitete ich als Psychologe auf einer Kinder-Onkologie, und damals taten sich die Ärzte sehr schwer, mit Eltern darüber zu reden, dass ihr Kind sterben wird. Das machte alles nur noch schlimmer, und zwar für jeden.

Mahner: Stimmt. Ich hatte das Glück, in einem Umfeld beruflich aufzuwachsen, wo man Gefühle zulassen kann. Das versuche ich an mein Team weiterzugeben. Ansonsten hätte ich Sorge, frustrierte, traumatisierte oder halt abgebrühte Mitarbeiter zu haben! Ich kenne einige niedergelassene Frauenärzte, die nicht mehr in der Klinik sind, weil sie eine OP-Situation oder schwierige Geburt schlecht verarbeitet haben und sich nicht mehr in den Saal trauen. In unserem Fach passiert gelegentlich eben auch mal Schlimmes. Das ist dann Krise pur.

Schweißen solche Erfahrungen auch zusammen?

Pieper: Dafür braucht es Dreierlei. Zum einen gutes Führungsverhalten, also einen akzeptierten Chef mit konstruktiven Anweisungen. Dann muss das Ereignis mit den Mitteln bewältigbar sein, die dem Team zur Verfügung stehen – fehlt etwas, wie zum Beispiel Ausrüstung, treten Ohnmachtsgefühle auf. Und schließlich muss eine Krise gemeinsam aufgearbeitet werden – durch eine Fehleranalyse und durch einen Austausch der gemachten Erfahrungen.

Wie war das also, als die Pandemie in Deutschland ausbrach – erwischte Sie das auf dem falschen Fuß?

Mahner: Nun, wir mussten schnell reagieren. Aber der Betrieb hatte weiterzugehen.

Pieper: Corona lässt sich nicht in bekannte Muster einordnen ...

Mahner: Viele hatten Angst vor dem Unbekannten. Und gelegentlich waren wir auch erstmal auf uns allein gestellt, denn Bürokratie und Behörden waren mit offiziellen Regelungen natürlich zunächst etwas hinterher. Hier am Innenstadtstandort der Frauenklinik haben wir dann zum Beispiel kurzerhand die ansonsten immer offenen zahlreichen Türen und Tore bis auf den Haupteingang geschlossen und der Pförtner ließ die Leute einzeln und gelegentlich erst nach Rücksprache hinein.

Pieper: Wie wirkte sich das denn aufs Personal aus?

Mahner: Ich finde, dass man in der Corona-Krise in ganz unterschiedlichen Teams auch sehr positive Effekte sehen konnte, wenn sich auf das Wesentliche konzentriert werden konnte. Gehen wir mal gedanklich in eine ganz andere Ecke, zum Fußball. Champions-League-Finale. Beide Teams

standen da nicht zufällig: Vor der Pandemie hatte Paris Saint Germain Ärger mit den Starallüren einzelner Spieler und Bayern München knabberte an einem verkorksten Saisonstart. Im Lockdown aber wuchsen beide Mannschaften offenbar zu echten Teams zusammen. Der Firlefanz war weg: Die Stars konnten sich erstmal kein weiteres Auto kaufen oder hatten keinen Fototermin. Die konnten sich da offenbar viel mehr auf das zurückbesinnen, was sie zum Fußball gebracht hat, und haben das zu schätzen gewusst.

Mussten Sie Ihre Neymars disziplinieren?

Mahner: Haha, zum Glück nicht, aber wir haben zum Beispiel zwei Klinikstandorte. Schon vor Corona bestand die Aufgabe, sie zusammenzuführen und zusätzlich auch neu zu bauen – die Teams zweier ehemaliger Einzelkliniken sind natürlich auch eher wie zwei Einzelmannschaften, die vorher nicht sehr viel miteinander zu tun hatten. In der Pandemie-Phase ließ sich das Zusammenwachsen exponentiell beschleunigen.

Also stimmt der Spruch von der Krise, die auch Chance ist?

Mahner: Diese besondere Situation schuf eine neue Kollegialität, Einzelinteressen traten in den Hintergrund. Auch innerhalb des Klinikums haben Auseinandersetzungen zwischen den Fachbereichen nachgelassen. Viele haben letztlich auch den sozialen Aspekt der Arbeit neu schätzen gelernt – sie war oft der wesentliche Kontakt zu anderen Menschen, als es durch die Beschränkungen nicht möglich war, Freunde und entferntere Familie zu treffen.

Pieper: Die ganze Gesellschaft entwickelte mehr Solidarität. Was ich aus meiner Arbeit mit Traumatisierten kenne: Wenn ich eine Gruppe so zusammenstelle, dass darin gleichermaßen Betroffene sind, steigen das Solidaritätsgefühl und die Mitmenschlichkeit. Wenn allerdings zum Beispiel Eltern, die ihr Kind verloren haben, mit Frauen zusammenkommen, die etwa ihren Partner verloren haben, kann eine Konkurrenzsituation darüber entstehen, wer schlimmer betroffen ist.

Mahner: Leider bröckelt gerade wieder die große Einigkeit ein wenig. Wie in der Gesellschaft ...

Pieper: Ja, das stelle ich auch fest. Die konkrete Angst hatte viele zusammengeschweißt, so nahm



„Wer mit dem
Bewusstsein
durch die Welt
läuft, ein Recht
auf ein sorgen-
freies Leben
zu führen,
der stolpert bei
einer Krise.“

Dr. Georg Pieper

ich mein persönliches Umfeld jedenfalls wahr. Nun, mit mehr Abstand, stehen sich in der Gesellschaft zwei Gruppen gegenüber: Und die eine versucht in die Unkontrollierbarkeit ein Stück Kontrolle hineinzubringen. Indem ich eine Virusgefahr leugne oder Verschwörungsphantasien hege, habe ich Aktives in der Hand, eine Illusion von Kontrolle. Das kann die andere Gruppe nicht akzeptieren – und nun haben wir die Konflikte.

Mahner: Dann tun wir also gut daran, den Teamgeist weiter hochzuhalten, nicht wahr? Uns helfen da auch neue Routinen, die wir während der Pan-

demie eingeführt haben. Vor Corona hatten wir zum Beispiel zwei separate sogenannte „Frühbesprechungen“, also den morgendlichen Austausch über das, was über die letzten 24 Stunden in der Klinik passiert ist und was das Nachtdienst-Team zu berichten hat, sowie über die an diesem Tag anstehenden Dinge. Mit Beginn der Pandemie reduzierten wir diese Runden zuerst auf sehr wenige Teilnehmer – aber dann kamen Beschwerden, weil viele sich vom Informationsfluss abgehängt fühlten. Es fehlte der Austausch. So verlagerten wir die Besprechungen kurzerhand in den virtuellen Raum



„Vielleicht sollte man bei Heranwachsenden bis zum 18. Lebensjahr ein, zwei gezielte Krisen bewirken?“

Prof. Sven Mahner

der Videokonferenz und haben nun eine sehr effiziente gemeinsame Morgenbesprechung über beide Standorte hinweg. Die Arbeit hat dadurch total gewonnen.

Pieper: Solche Rituale sind auf die Gesellschaft schwer übertragbar. Aber: Wir haben in der Traumatherapie den Begriff der radikalen Akzeptanz entwickelt. Wer mit erlittenen Schicksalsschlägen hadert und sich dagegen wehrt, dass sie passiert sind, erzeugt großes und andauerndes Leid für sich. Der bessere Umgang ist zu akzeptieren, dass man Vergangenes nicht ändern kann.

Mahner: Corona spielt aber in der Gegenwart ...

Pieper: ... und das macht es sehr interessant: Wir lernen gerade, dass diese Pandemie nicht bald enden wird, sondern uns wahrscheinlich noch über Jahre hinweg beschäftigen wird. Dass sie unser Leben für eine nicht absehbare Zeit prägen wird. Dafür eine radikale Akzeptanz aufzubringen ist richtig, aber eine große Herausforderung. Ich sehe da auch einen Generationenkonflikt. Älteren Menschen wie mir fällt so etwas wesentlich leichter – wir sind nicht mehr auf Partnersuche, wollen nicht andauernd feiern. Das macht jüngere Leute dafür

anfällig, vor der Pandemie einfach die Augen zu verschließen.

Mahner: Vom Begriff der „radikalen Akzeptanz“ hatte ich bislang noch nicht gehört, finde ihn aber sehr treffend, nicht zuletzt bei vielen unserer onkologischen Patientinnen. Bei manchen Frauen, die sich in einer nicht heilbaren, aber sehr wohl lange Zeit kontrollierbaren Erkrankungssituation befinden, erlebe ich, dass sie sehr stark hadern, da möchte ich ihnen sagen: Komm, es ist jetzt halt so.

Ist das nicht leicht gesagt?

Pieper: Er hat aber recht. Was würde helfen? Es geht darum, aus einer Situation das Beste zu machen. Das fällt schwer. Daher haben wir durch die Hygieneeinschränkungen vermehrt mit depressiven Reaktionen zu tun, mit verzweifelte Menschen, die mit der Situation gar nicht mehr zu recht kommen. Häufig alleinstehend, auf sich geworfen. Wir gehen davon aus, dass die Suizidrate in nächster Zeit steigen wird. Die Coronakrise kann die Psyche arg beuteln. Nur den Sozialphobikern und Zwangsneurotikern passt die Lage. Den einen wird der Druck genommen, Leute zu treffen, und die anderen haben schon immer gesagt, dass man sich dauernd die Hände waschen soll ...

Was hilft beim Umgang mit diesen Unsicherheiten?

Wie baue ich Resilienz auf?

Pieper: Wichtig sind Selbstwirksamkeit und Machbarkeit: Wie schätze ich meine Fähigkeiten ein, mit einer schwierigen Situation umzugehen? Ich mache immer wieder die Erfahrung, dass Menschen härter getroffen werden, wenn sie vorher die Möglichkeit einer Krise für sich ausgeschlossen haben. Wer mit dem Bewusstsein durch die Welt läuft, ein Recht auf ein sorgenfreies Leben zu führen, der stolpert bei einer Krise.

Also ein Lobeslied auf den Pessimismus?

Pieper: Nein, es gibt die bekannte griechisch-antike Beschreibung des Lebens als einen langen Fluss. Aber: Ein Fluss plätschert nicht nur dahin, der hat auch Stromschnellen. Wir müssen uns vorbereiten, in diesem Fluss gute Schwimmer zu werden. Uns herausgefordert zu fühlen. Zwei Typen haben es besonders schwer: Wer bisher nicht

viele Schwierigkeiten erlebte und wer schon extrem viele Krisen zu bewältigen hatte. Ein mittleres Maß an Krisenerfahrung ist die beste Ausgangsposition.

Mahner: Könnte man das vielleicht erlernen, zum Beispiel in der Schule? Ich denke da an meine Kollegin und ihre traumatische Erfahrung im OP. Das war ja vielleicht ihre erste Krise, sozusagen.

Pieper: Wie war das denn in Ihrer Jugend?

Mahner: Ach, ich war kein guter Schüler, und durch die Führerscheinprüfung bin ich auch mal gefallen. Hat mir vermutlich geholfen, denn ich merkte: Geht trotzdem weiter. Vielleicht sollte man bei Heranwachsenden bis zum 18. Lebensjahr ein, zwei gezielte Krisen bewirken?

Pieper: Das kann ich mir vorstellen. Man könnte in den Schulen Aufgaben stellen, an denen die Schüler scheitern und dies nicht als Scheitern auswerten, sondern um etwas Neues zu lernen. Leider geht es seit einiger Zeit in die andere Richtung: Alles wird den Jungen leichter gemacht. Eltern erziehen ihre Kinder zu Prinzen, geben für jeden Pups ein Lob. Die Kinder werden gar nicht widerstandsfähig.

Was bräuchte es?

Pieper: Kinder kritisieren, ohne sie abzuwerten. Nicht angemessenes Verhalten muss deutlich gemacht werden. Wenn Grenzen gezogen werden, kann das Kind darüber nachdenken, dass es vielleicht doch nicht das Zentrum der Welt ist. Das klingt autoritär, ist aber nicht so gemeint. Es geht aus psychologischer Sicht darum, sie krisenfest zu machen.

Wenn wir das vom Kind auf die Gesellschaft übertragen: Was hilft uns, den Weg durch eine Gefahr zu finden, zum Beispiel bei Covid-19?

Mahner: Da sollte ich mir als Frauenarzt vermutlich nicht anmaßen, der Gesellschaft Empfehlungen zu geben, und gebe die Frage gern an Herrn Pieper weiter.

Pieper: Über die Belastungen, die durch Corona entstehen, sollte mehr geredet werden. Wenn viele merken, dass sie die gleiche Belastung miteinander teilen, entsteht ein Solidaritätsgefühl. Daraus können neue Ideen und kreative Prozesse entstehen.

„Die Achterbahn- fahrt hat was“



Josef Broll ist seit 30 Jahren Fan des 1. FC Nürnberg. Der „Club“ ist Rekordabsteiger aus der 1. Bundesliga.

Herr Broll, wie viele Abstiege haben Sie aktiv miterlebt?

Alle seit 1994 in der „Phantom-Tor-Saison“. Also sechs Stück.

Wie weh tut das auf einer Skala von 1 bis 10?

12, mindestens. Als ich den ersten Abstieg als Fan aktiv miterlebt habe, war das eine Katastrophe. Da ist eine Welt zusammengebrochen. Das war wie der erste Liebeskummer. Wobei, wenn ich nochmal nachdenke: Bei den nächsten Abstiegen war es auch nicht besser.

Trotzdem versiegt Ihre Liebe zum „Club“ nicht. Wie kann das sein?

Wer sich wegen der Krisen vom Verein abwendet, ist für mich kein echter Fan. Der Fan beweist in der Krise seine Treue, egal was passiert. Alles andere ist keine wahre Liebe.

Sie könnten doch auch einen Verein lieben, der sich nicht derart häufig in den Abstieg kickt.

Reizt mich nicht. Wenn man wie die Bayern andauernd nur gewinnt und feiert, wird das zur Normalität und langweilig. Wir haben 2007 ja tatsächlich einmal den DFB-Pokal gewonnen. Das kannst du dann kaum glauben. Das fühlt sich so sensationell an wie die eigene Hochzeit, das vergisst du nie.

Also das ständige Pendeln zwischen Hoffnung, Angst und Krise macht das Leben lebenswert?

Ja. Die Achterbahnfahrt hat was.

Wie ertragen Sie den Schmerz der Krise?

Ich bin vom Charakter eher einer, der bis zum allerletzten Moment auf den entscheidenden Umbruch hofft. Ich bleibe positiv, komme, was wolle – obwohl die Erfahrung eigentlich eine andere ist. Ich werde aber abergläubisch und trage immer wieder das gleiche Trikot oder die gleiche Mütze, die ich bei unseren Aufstiegen anhatte. Freilich habe

ich immer mal wieder bohrende Fragen: Warum? Muss das wirklich schon wieder sein? Das beschäftigt mich dann auch sehr. Da kommst du ins Grübeln. Und das trägst du dann raus aus dem Stadion zur Familie und in die Arbeit.

Im Juli hat Ihr Club mit einem Sieg im Relegationsspiel gegen Ingolstadt den Abstieg in die dritte Liga verhindert. Die Süddeutsche Zeitung überschrieb ihren Bericht mit: „Einmal kein Depp“ – in Anspielung auf eine Redewendung über den Verein.

Da steh ich drüber. Aber es war wunderbar: Du stehst eigentlich schon zu 100 Prozent in der 3. Liga. Und es ist die Nachspielzeit der Nachspielzeit, was willst du noch machen? Und dann fällt doch noch das entscheidende Tor. Für dich! Auch wenn die Saison eine Dauerkrise war, haben die Jungs noch in der letzten Sekunde Courage bewiesen. Das zahlt uns Fans etwas zurück für die monatelangen Leiden. Klaus Wilhelm



LAND DER
GESUNDHEIT

perspektive 2021

Die Covid-19-Pandemie hat Deutschland vor große Herausforderungen gestellt. Was lernen wir daraus für die Zukunft unseres Gesundheitssystems?

Interviews, Kommentare und Meinungen auf
www.landdergesundheit.de
Diskutieren Sie mit!



#LandDerGesundheit
Eine Debatten-Plattform von Pfizer

