

Tragische Entscheidungen in Zeiten von Corona

Erste Einschätzungen aus professionsethischer Sicht¹

Andreas Lob-Hüdepohl (Berlin)

Zusammenfassung

Der galoppierende Ausbruch der Corona-Pandemie hat im Frühjahr 2020 binnen kürzester Zeit zu einem weitgehenden Stillstand des öffentlichen und teilweise auch des privaten Lebens geführt. Kein Staat und keine Gesellschaft waren auf solch gravierenden Einschränkungen des Lebensalltags einer Gesamtbevölkerung vorbereitet. Um das Gesundheitssystem und darin die intensivmedizinischen Versorgungskapazitäten vor einem Kollaps zu bewahren, wurden Freiheitsrechte ebenso eingeschränkt wie soziale, ökonomische, kulturelle und nicht zuletzt auch gesundheitliche Risiken in Kauf genommen. Damit sind viele ethische Konflikte verbunden, die das Gesundheits- und nicht zuletzt das Sozialwesen betreffen. Im Zentrum stehen Priorisierungsentscheidungen, die soziale Spaltungen befördern. Neben solchen Herausforderungen stellt sich für Soziale Professionen auch die Frage nach den

¹ Der nachfolgende Text ist die schriftliche Aufbereitung einer Sondervorlesung, die ich im Sommersemester 2020 aus aktuellem Anlass der Corona-Pandemie kurzfristig konzipiert und online gehalten habe (abrufbar: <https://www.khsb-berlin.de/de/node/147775>). Sie spiegelt besonders meine Erfahrungen und Lernbewegungen, die ich als Mitglied des Deutschen Ethikrates bei der Erstellung und Beratung der ad-hoc-Empfehlungen des DER „Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise“ gemacht und systematisch aufbereitet habe. Die im Untertitel gewählte Formulierung „erste Einschätzungen“ ist sehr ernst gemeint. Getrieben durch den dramatisch verlaufenden Beginn der Corona-Pandemie hat der DER seine ad-hoc-Empfehlungen binnen Wochenfrist erarbeitet. Seine Überlegungen sind auf große fachliche wie öffentliche Resonanz gestoßen. Sie haben Zustimmung wie erhebliche Kritik ausgelöst. Viele kritische Argumente haben auch bei mir weitere Fragen und Präzisierungen ausgelöst, die erste Auffassungen teilweise haben revidieren lassen. Das betrifft namentlich die Frage der Priorisierungsentscheidungen („Triage“) im engeren medizinischen Kontext. Ich gehe davon aus, dass weitere Präzisierungen oder sogar Revidierungen folgen werden. Deshalb danke ich allen bisherigen wie zukünftigen Kommentator*innen für ihre weiterführenden Kritiken.

höchstpersönlich spirituellen Ressourcen, die auf die im Umgang mit dieser tiefgreifenden Pandemie lokal, regional und weltweit zurückgegriffenen werden können.

Schlüsselwörter medizinische/soziale Priorisierungen – Triage – Dimensionen menschlicher Gesundheit – besonders vulnerable Personengruppen – soziale Spaltungen – spiritual care – Theodizee

Mitte März 2020 traf die Corona-Pandemie das öffentliche wie private Leben der Bevölkerung Deutschlands und Europas mit voller Wucht. Schien die epidemische Ausbreitung des neuartigen Corona-Virus ‚Sars-Cov-2‘ zunächst schwerpunktmäßig auf den asiatischen Raum begrenzt und in Europa lokal begrenzt, wuchs sie binnen weniger Wochen explosionsartig zu einer Pandemie. Möglicherweise am Anfang noch zu zögerlich entschieden sich die zuständigen staatlichen Institutionen – in Deutschland unter Rückgriff auf das entsprechende Infektionsschutz-Gesetz des Bundes – zu massiven Einschränkungen elementarer Grundrechte, die weit über die bislang üblichen Quarantänemaßnahmen für einzelne Personen hinausgehen und die Bevölkerung *in toto* einer strengen physischen Kontaktsperre unterwerfen – bis hin zur Schließung nahezu aller öffentlichen Einrichtungen und privaten Freizeit-, Sport-, Kultur- und sogar Religionsaktivitäten (Gottesdienste, Beerdigungen usw.). Zwar verlaufen die durch den Corona-Virus ‚Sars-Cov-2‘ ausgelösten Erkrankungen bei einer weit überwiegenden Zahl der Infizierten eher milde, wenn diese überhaupt nennenswerte Symptome zeigen und von der Erkrankten wahrgenommen werden. Bei einer kleinen Zahl von Infizierten kann sich die ausgelöste Covid-19-Erkrankung kurzfristig zu einer lebensbedrohlichen Funktionsstörung insbesondere der Lunge steigern, deren Mortalität – wenn überhaupt – nur mit einer aufwendigen intensivmedizinischen Therapie (Beatmung durch Inkubation, extrakorporale Sauerstoffzufuhr usw.) abgewendet werden kann. Und genau hier entsteht das Kernproblem: Der explosionsartige Anstieg von Infektionen kann zu einer ebenso explosionsartig ansteigenden intensivmedizinischen Behandlungsbedürftigkeit einer Anzahl von Erkrankten führen, die die vorgehaltene intensivmedizinische Behandlungskapazitäten bei weitem übersteigen und das Gesundheitssystem kollabieren lassen – mit dramatischen, genauer: mit tödlichen Folgen nicht nur für Covid-19-Patient*innen, sondern für alle schwererkrankten Personen.

1. Vorbemerkungen: Ethische Politikberatung und demokratischer Souverän

Die Maßnahmen von Bundesregierung, der Länderregierungen sowie der örtlich zuständigen Gesundheitsbehörden folgten im Wesentlichen den Empfehlungen von Virolog*innen und Epidemiolog*innen und hier insbesondere des hierfür zuständigen und vom Bund getragenen *Robert-Koch-Instituts* (RKI) in Berlin. Deren wissenschaftliche Expertise war (und ist) mehr oder weniger unbestritten. Gleichwohl wurde der Bundesregierung und dem zuständigen Bundesgesundheitsminister schnell deutlich, dass die medizinische Expertise nur ein Baustein der Rechtfertigung einer Politik sein kann, die in einem bisher unbekanntem wie ungeahnten Ausmaß tief in das Leben der Bevölkerung eingreift und extreme Begleitfolgen für die psychosoziale, politische, kulturelle und nicht zuletzt wirtschaftliche Lebenslage von Millionen von Menschen zeitigt. Deshalb bat der Bundesgesundheitsminister schon gegen Ende März den *Deutschen Ethikrat* (DER) um eine kurzfristige Stellungnahme zu einigen grundsätzlichen Aspekten der Corona-Krise, um diese in der weiteren politischen Diskussion und Entscheidungsfindung einzubeziehen.²

Dieser Bitte ist der DER gerne gefolgt und hat nach nur einwöchiger intensiver Beratung am 27.3.2020 seine ad-hoc-Empfehlung „Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise“ (DER 2020) veröffentlicht. In ihr widmet er sich zunächst der Klärung unmittelbar drängender Probleme, die im Zusammenhang der umfassenden *Strategie körperlicher Distanz* (Kontaktsperren, strikte Ausgangsbeschränkungen/ ‚Lockdown‘, Isolationsmaßnahmen sogenannter Hochrisikogruppen usw.) entstehen – einer Strategie mit dem Ziel, die Zahl von Infektionen und (schweren) Erkrankungen zu strecken (‚*flatten the curve*‘) und so einen Kollaps des Gesundheitssystems mit weitreichenden Folgen für die Mortalität vieler erkrankter Personen abzuwenden. Insbesondere geht es dem DER um die Bestimmung ethischer Kriterien für das kurzfristige Handeln (‚Lockdown‘, medizinische Triage-Entscheidungen) wie für das mittel- und langfristige Handeln, das Öffnungsperspektiven, die Rücknahme des

² Hintergrund dieser Bitte an den *Deutschen Ethikrat* ist auch dessen Funktion als vom Bundestag per Gesetz eingerichtete Institution wissenschaftlicher Politikberatung. Aufgaben und Zusammensetzung regelt das Ethikratgesetz (EthikRG) von 2008: „(1) Der Deutsche Ethikrat besteht aus 26 Mitgliedern, die naturwissenschaftliche, medizinische, theologische, philosophische, ethische, soziale, ökonomische und rechtliche Belange in besonderer Weise repräsentieren. Zu seinen Mitgliedern gehören Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus den genannten Wissenschaftsgebieten; darüber hinaus gehören ihm anerkannte Personen an, die in besonderer Weise mit ethischen Fragen der Lebenswissenschaften vertraut sind. (2) Im Deutschen Ethikrat sollen unterschiedliche ethische Ansätze und ein plurales Meinungsspektrum vertreten sein.“ (§ 4 EthikRG)

(derzeitigen) Lockdowns sowie sekundär-präventive Maßnahmen für zukünftige Pandemie in Blick nimmt.

Freilich lenkt der DER über diese wichtigen Einzelfragen hinaus das Augenmerk auf generelle Aspekte des politischen Umgangs mit der Corona-Krise. Der Rat möchte Politik wie die gesellschaftliche Öffentlichkeit insgesamt dafür sensibilisieren, dass die derzeitige Krise im Kern vor allem *moralische* Konflikte spiegelt, die zwischen unterschiedlichen normativ relevanten Gütern und insbesondere zwischen (moralischen wie juridischen Grund- und Menschenrechten entstehen und die nicht allein durch (natur-)wissenschaftliche Expertise gelöst, sondern letztlich nur von allen Betroffenen (das ist die Gesamtbevölkerung) beziehungsweise von deren demokratisch legitimierten Repräsentant*innen geklärt werden können. Damit nimmt er sich zugleich in seiner eigenen Expertise zurück: Er bietet – hoffentlich ausreichend konsistent und überzeugend – den politischen Mandatsträger*innen in der Legislative (Parlamente) wie in der Exekutive (Regierungen, Öffentliche Verwaltungen) Entscheidungshilfen an. Diese stellen aber keine Entscheidungsvorgaben dar, sondern dienen lediglich als Kriterien, anhand derer die zuständigen Entscheidungsträger*innen ihre Entscheidungen bilden und politisch auch verantworten müssen.

Diese Zurücknahme der Autorität wissenschaftlicher Expertise ist gerade in jüngster Zeit dringend geboten. Denn was in anderer Politikberatung dringend Not tut, nämlich die Einbeziehung wissenschaftlicher Expertise als Fundament für politisches Handeln, scheint in Zeiten von Corona ins Gegenteil zu kippen: Wovon etwa im Bereich der Klimapolitik Gesellschaft wie Wissenschaft nur zu träumen wagen, entpuppt sich für manche Virolog*innen derzeit als Albtraum. Ihre fundierten, gleichwohl immer auch tastenden Erklärungsversuche und Empfehlungen, die der Logik wissenschaftlicher Erkenntnis- und Wissensproduktion entsprechend immer auch kontrovers diskutiert werden, geraten gelegentlich in den Rang von Offenbarungswahrheiten, die unverzüglich und unverkürzt eins-zu-eins in politisches Handeln überführt werden. Gegen eine solche wissenschaftsfremde wie vor allem demokratiethoretisch hoch gefährliche Hypostasierung naturwissenschaftlicher Expertise stärkt der DER den demokratischen Souverän. Dieser jedoch wird nicht allein durch Regierungen, sondern vor allem durch die Parlamente verkörpert. Deshalb schließen die ad-hoc-Empfehlungen des Rates eindringlich:

„Krisen, so heißt es oft, seien die ‚Stunde der Exekutive‘. Das greift zu kurz. Gerade in der Krise ist auf das Zusammenwirken des gewaltengegliederten und zudem föderal differenzierten Staates mit der Vielfalt gesellschaftlicher und namentlich wissenschaftlicher Stimmen zu setzen. Die aktuell zu

klärenden Fragen berühren die gesamte Gesellschaft; sie dürfen nicht an einzelne Personen oder Institutionen delegiert werden. Gerade schmerzhaft Entscheidungen müssen von den Organen getroffen werden, die hierfür durch das Volk mandatiert sind und dementsprechend auch in politischer Verantwortung stehen. Die Corona-Krise ist die Stunde der demokratisch legitimierten Politik.“ (DER 2020: 7)

Damit soll allen Versuchungen entgegengesteuert werden, die im Sinne ‚autoritärer Charaktere‘ (Adorno) nach starken Gestalten und ‚Machern‘ rufen, in deren Schutz sich manche zu flüchten trachten, die die Krise vollends zu überfordern droht und die sich sehnlich eine starke Hand zu deren Abwehr wünschen. Er widerspricht zugleich der erkennbaren Tendenz, Entscheidungen von weitreichender Bedeutung – und zu ihnen namentlich erhebliche Einschränkungen der Grundrechtsausübung – nicht nur bundesstaatlich zu zentralisieren, sondern dem Bereich exekutiver Verordnungsermächtigungen zuzuordnen und damit der legislativen, sprich: der parlamentarischen Kontrolle zu entziehen.

Zwar mag der Appell an die (Letzt-)Entscheidungsgewalt des demokratischen Souveräns ungewohnt demütig erscheinen. Er liegt aber in der zwingenden Konsequenz des Selbstverständnisses moderner wissenschaftlicher Politikberatung bzw. politischen Ethikberatung, dem der DER schon von Gesetzes wegen³ verpflichtet ist. Politische Ethikberatung besteht im Kern in der *Ethisierung*, *Politisierung* und *Demokratisierung* gesellschaftlich drängender und klärungsbedürftiger moralischer Probleme (Lob-Hüdepohl 2020b): Deren *Ethisierung* besteht in der emotionalen Entlastung moralischer Emphasen und Empörungen durch die nüchterne Darstellung von Dissensen und Strittigkeiten sowie der kriteriengeleiteten Entwicklung von (durchaus unterschiedlichen) Perspektiven und Positionen (Bogner 2015). Ihrer Aufgabe zur *Politisierung* ethischer Reflexion und Klärungsbemühungen moralischer Konflikte kommt sie dadurch nach, dass politische Ethikberatung selbst den Raum des Politischen in einem emphatischen Sinne sucht: Sie bindet ihre Beratungen zurück in die Debattenkultur einer rasonierenden Öffentlichkeit; sie stellt ihre Argumente auf den Prüfstand einer öffentlichen Debatte; sie lernt in ihr und mit ihr und erweist sich

³ Das Ethikratgesetz führt dazu im § 2 aus: „Der Deutsche Ethikrat verfolgt die ethischen, gesellschaftlichen, naturwissenschaftlichen, medizinischen und rechtlichen Fragen sowie die voraussichtlichen Folgen für Individuum und Gesellschaft, die sich im Zusammenhang mit der Forschung und den Entwicklungen insbesondere auf dem Gebiet der Lebenswissenschaften und ihrer Anwendung auf den Menschen ergeben. Zu seinen Aufgaben gehören insbesondere: Information der Öffentlichkeit und Förderung der Diskussion in der Gesellschaft unter Einbeziehung der verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen; Erarbeitung von Stellungnahmen sowie von Empfehlungen für politisches und gesetzgeberisches Handeln; (...)“.

so in einem engen Sinne als ‚öffentlich atmende Ethikberatung‘. *Demokratisierung* lebt politische Ethikberatung, wenn sie das Recht und, wenn man so will, auch die Pflicht ihrer Expertise auf „Voten der Mitsprache“ nicht verwechselt mit einem „Veto der Einsprache“ (Kettner 1992: 335); wenn sie als das Bewusstsein wach hält, dass „weiterhin alle Staatsgewalt vom Volke“ ausgeht. „Die Staatsgewalt“, so die Rechtswissenschaftlerin und das ehemalige Mitglied des Deutschen Ethikrates *Silja Vönecky*, „ginge aber nicht mehr vom Volke aus, wenn aufgrund ethischen Expertentums und/oder der moralischen Autorität der nationalen Ethikräte die Parlamente in ihren Entscheidungen nicht mehr frei wären.“ (Vönecky 2009: 87)

2. Moralischer Kernkonflikt des Lockdown und Kriterien seiner ethischen Reflexion

In den Corona-Krise konkurrierenden sehr unterschiedliche, moralisch bedeutsame Ansprüche wiederum sehr unterschiedlicher moralisch, relevanter Anspruchs-, also Personengruppen. Der „ethische Grundkonflikt erfordert“, so der Deutsche Ethikrat,

„die Abwägung des erhofften Nutzens einer Strategie körperlicher Distanz für die dauerhaft belastbare Aufrechterhaltung des Gesundheitssystems mit den befürchteten oder unmittelbaren Schäden für die politische, soziale, wirtschaftliche und kulturelle Lebenslage derjenigen Personen oder Personengruppen, die von dieser Strategie unmittelbar oder mittelbar betroffen sind. Solche Abwägungen, die immer auch Nützlichkeits-erwägungen einschließen, sind ethisch einerseits unabdingbar, andererseits nur insofern zulässig, als sie keine Grund- und Menschenrechte oder weitere fundamentale Güter auf Dauer aushöhlen oder sogar zerstören. Auch der gebotene Schutz menschlichen Lebens gilt nicht absolut. Ihm dürfen nicht alle anderen Freiheits- und Partizipationsrechte sowie Wirtschafts-, Sozial- und Kulturrechte *bedingungslos* nach- bzw. untergeordnet werden. Ein allgemeines Lebensrisiko ist von jedem zu akzeptieren.“ (DER 2020: 5)

Auffällig und bewusst intendiert ist zunächst die Bezeichnung „Strategie körperlicher Distanz“. Damit vermeidet der Ethikrat den anfänglich dominierenden und bis heute immer wieder genutzten Anglizismus des ‚*social distancing*‘. Dieser Terminus ist nicht nur sachlich falsch, sondern darüber hinaus grob irreführend. Denn die Maßnahmen, die auf ein öffentliches Versammlungsverbot, auf Mund-Nasen-Bedeckung, auf Schließung von KITAS, Schulen, Discos und Theaterbühnen, auf ‚1,5-Meter-Abstand‘ usw. abheben, folgen dem strikten Gebot körperlicher Distanz, um die Übertragungswege des Virus zu unterbinden. Was sie aber gerade nicht fördern oder gar fordern wollen ist der Unterbindung dichter *sozialer Nähe* – auch wenn die Unterbindung physischer Nähe oftmals die Pflege sozialer Nähe erschweren oder gar zu verunmöglichen drohen. Im Gegenteil, gefordert ist eigentlich die

größtmögliche soziale Nähe bei größtmöglicher körperlicher Distanz gemäß dem alltagssprachlichen Slogan: ‚Berührt Euch, aber fasst Euch nicht an!‘

Die ethische Reflexion folgt zunächst einem prozeduralen Kriterium, das nur auf den ersten Blick eine Selbstverständlichkeit anzeigt. Gefordert ist eine *Abwägung* konkurrierender moralischer Güter. Solche Güterabwägungen sind immer dann erforderlich, wenn in einer konkreten Handlungssituation unterschiedliche moralisch bedeutsame Güter miteinander kollidieren und in ein ethisches Dilemma führen. Dabei handelt es sich um „Situationen (...), in denen eine Person oder eine Gruppe zwischen mindestens zwei einander widersprechenden Handlungs- bzw. Unterlassungsoptionen zu entscheiden hat, wobei jede Alternative zumindest auf den ersten Blick (*prima facie*) starke oder gar ‚zwingende‘ Gründe hat.“ (Brune 2002: 325) Solche ethischen Dilemmata können zwar nie (auf-)gelöst, gleichwohl entschärft werden. Denn sie wägen die konkurrierenden Güter gegeneinander ab und geben bestimmten den Vorzug vor den anderen. Damit werden die hintangestellten Güter nicht obsolet; sie bleiben in ihrer Bedeutsamkeit bestehen und nötigen deshalb dazu, den Schaden, der durch ihre Hintanstellung entsteht, soweit wie möglich zu begrenzen. Entschärft werden Dilemmata aber dadurch, dass die Abwägung konkurrierender Güter nach plausiblen und bestenfalls allgemein anerkannten Kriterien erfolgt, so dass sie auch bei denen mit Zustimmung rechnen können, deren Optionen in dem konkreten Konfliktfalle das Nachsehen haben.

Wenn Güterabwägungen zwar notwendig und auch möglich sind, aber dennoch nur wenig an Schärfe verlieren oder sogar im Nachhinein an Schärfe gewinnen können, nötigen sie zu ‚tragischen Entscheidungen‘ (Lob-Hüdepohl 1994). Auch die ad-hoc-Empfehlungen attestieren bestimmten Abwägungen – so etwa den medizinischen Triage-Entscheidungen – diese Tragik (DER 2020: 3). Das tragische Moment folgt dem alltagssprachlichen Gebrauch (‚Mitleid erregend‘, ‚verhängnisvoll‘, ‚misslich‘) insofern, als dass die Abwägungsentscheidungen (a) im Wissen um schwere Begleitschäden, (b) unter weitreichender Unsicherheit und (c) unter der Möglichkeit erfolgen, im Nachhinein einen in der Entscheidungssituation zunächst nicht antizipierbaren schweren Irrtum erkennen und einräumen zu müssen. Wichtige Entscheidungen zu Beginn in der Corona-Krise erfüllen diese Merkmale offenkundig: Denn in jedem Fall führen die ergriffenen Maßnahmen des Lockdown zu schweren Nebenfolgen (vgl. weiter unten 4.); es war sehr unsicher, ob sie dem erwünschten Erfolge (*flatten the curve*) zeitigen. Und wir wissen bis heute nicht sicher, ob die negativen Folgen gegenüber den verhinderten Auswirkungen der Pandemie selbst mit Blick auf die Mortalität (‚Übersterblichkeit‘ durch isolationsbedingte Unterversorgung, psychische Not usw.) überwiegen.

Üblicherweise folgen ethische Güterabwägungen sogenannten ‚Vorzugsregeln‘. Solche Priorisierungen können sich entweder an der Fundamentalität (‚Grundsätzlichkeit‘) oder an der Dignität (‚Bedeutsamkeit‘) der konkurrierenden Güter orientieren. Das Kriterium der Fundamentalität gibt beispielsweise dem moralischen Gut des physischen Überlebens vor dem der Freizeitgestaltung deshalb den Vorzug, weil das physische Überleben unabwiesbare Bedingung der Möglichkeit zur Realisierung persönlicher Freizeitgestaltung ist. Oder es mag dem Schutz einer Wohneinrichtung Vorrang vor individueller Freizügigkeit deshalb gewähren, weil die ihre Freizügigkeit begehrende Person auf Grund ihrer Lebenslage selbst zwingend auf die Funktionstüchtigkeit der Wohneinrichtung angewiesen ist usw. Das Kriterium der Dignität zieht etwa die freie Persönlichkeitsentwicklung dem absoluten Schutz des (biologischen) Lebens deshalb vor, weil die selbstbestimmte Lebensführung unmittelbarer Ausfluss der Würde des Menschen darstellt und deshalb selbst da bedeutsamer erscheint, wenn die sich selbst bestimmende Person durch ihre Lebensführung in ihrem biologischen Leben schwer gefährdet. Oder die Würde jeder einzelnen Person ist immer bedeutsamer als der Gesamtnutzen einer Handlung für alle.

Mit den Kriterien der Fundamentalität und der Dignität ist der Überstieg von den rein prozeduralen zu den materialen Kriterien ethischer Reflexion vollzogen. Die ad-hoc-Empfehlungen des DER binden die Legitimität ethischer Abwägungen ausdrücklich daran, dass sie zwar – nutzenorientiert – die unterschiedlichen Schädigungsrisiken (hier: Kollaps Gesundheitssystem; dort: psychosoziale, kulturelle, ökonomische, politische, freiheitsrechtliche usw. Grundgüter) gegenseitig abwägt. Allerdings nur bis zu einer bestimmten Grenze: Niemals dürfen Grund- und Menschenrechte in einem Maß abgewogen und eingeschränkt werden, dass sie auf Dauer ausgehöhlt oder sogar zerstört werden. Hier deutet sich das an, was man eine ‚deontologische Einhegung nutzenorientierter Abwägung‘ nennen kann (DER). Deontologisch eingehegt ist eine nutzenorientierte Abwägung dann, wenn sie von unbedingt verpflichtenden moralischen Gütern kategorisch, also ohne Ausnahme eingeschränkt wird. Dabei sticht ein moralisches Gut hervor: die Würde des Menschen. Mögen Grund- und Menschenrechte im Einzelfall und ohne dauerhafte Aushöhlung gegeneinander abgewogen werden dürfen und damit sich je wechselseitig beschränken – in Corona-Zeiten klassisch ist das die individuelle Freizügigkeit/ Bewegungsfreiheit gegen das (Schutz-)Recht auf körperliche Unversehrtheit, staatlicherseits zu gewährleisten durch ein stabiles, also nicht kollabierendes Gesundheitssystem – so ist einzig die Würde jedes einzelnen Menschen absolut abwägungsresistent: Es ist keine moralisch legitime Entscheidung denkbar, in der durch willentliches Ausführen oder Unterlassen einer Handlung eine Person zum

bloßen Instrument zwecks Erfüllung eines noch so hehren Zieles verdinglicht und damit ihre Würde als Mensch, also ihre Selbstzwecklichkeit, beschädigt oder sogar geopfert wird.

Vergleichbare deontologische Einhegungen nutzenorientierter Betrachtung sind seit langem aus der medizinischen Ethik geläufig. Die von *Beauchamp* und *Childress* prominent inaugurierten medizinethischen Prinzipien der nutzenorientierten Nichtschädigung (Non-maleficence) sowie des Wohltuns für die betroffenen Patient*innen werden von den unbedingt verpflichtenden Prinzipien der Autonomie sowie der Gerechtigkeit flankiert. Von der engen Fallgruppe des sogenannten weichen Paternalismus abgesehen dürfen Patient*innen niemals gegen ihre Selbstbestimmung zu medizinischen Interventionen gezwungen werden, selbst wenn diese aus Gründen der Nichtschädigung oder des Wohlergehens noch so zwingend geboten wären. Und niemals dürfen medizinische Interventionen vollzogen werden, die zwar dem Willen eines einzelnen entsprechen und ihm sehr nutzen, aber gegen die gerechtigkeitsorientierte Gleichbehandlung aller anderen Patient*innen verstoßen – sie also auf Kosten vitaler Interessen anderer gehen, ohne dass diese einer solchen Ungleichbehandlung zugestimmt hätten.

Genau diese Fallkonstellation trifft den Kern des ethischen Grundkonflikts der Corona-Krise. Denn die Stabilisierung des Gesundheitssystems folgt zunächst dem Prinzip der (präventiven) Nichtschädigung potentiell Erkrankter, die im Zweifelsfalle einer lebensrettenden intensivmedizinischen Therapie bedürfen. Dies trifft nicht nur Covid-19-Patient*innen, sondern prinzipiell alle Erkrankten, die von einem kollabierenden Gesundheitssystem in ihren vitalen Gesundheitsinteressen schweren Schaden nehmen könnten. Andererseits erfordert die präventive Nichtschädigung einer beachtlichen Gruppe von Personen Maßnahmen, die bei einer sehr großen Gruppe von Menschen schwere Schäden verursachen. Wir sind mit einer Situation konfrontiert, in der die Nichtschädigung einiger auf Kosten der Schädigung anderer geht. (In der Entscheidungstheorie nennt man diese Konstellation einen pareto-optimalen Zustand.) Auf den ersten Blick läge hier ein Verstoß gegen das Gerechtigkeitsprinzip vor, weil dieser Zustand nicht durch eine gleichmäßige Verteilung von Nutzen und Schaden ausgeglichen wird. Denn das Risiko, an Covid-19 nach erfolgter Infektion durch Sars-Cov-2-Viren schwerer oder sogar lebensbedrohlich zu erkranken, ist in der Gruppe der Infizierten sehr ungleich verteilt. Zur sogenannten schwermorbiden und letalen Hochrisikogruppe gehören vor allem ältere, vorerkrankte oder derzeit schon grunderkrankte Personen. Jüngere, gesundheitlich nicht vorbelastete ältere oder sogar von ansonsten hochriskanten

Grunderkrankungen⁴ betroffene Personengruppen können sich zwar ähnlich oder aufgrund ihres mobileren Lebenswandels sogar schneller infizieren, erkranken dann aber deutlich milder.

Unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten wäre eine Ungleichbehandlung im Sinne des Nichtschädigungsprinzips dann gerechtfertigt, wenn die präventive Schädigungsabwehr zugunsten besonders vulnerabler Gruppen keinen nennenswerten Nachteil für die nichtbegünstigten Personengruppen brächte. Das aber ist bei den gegenwärtigen Maßnahmen ersichtlich nicht der Fall. Deshalb kann diese Ungleichbehandlung nur im Sinne des Prinzips der Solidarität gerechtfertigt werden. Solidarität liegt dann vor, wenn eine Person (-engruppe) ihre im Prinzip gerechtfertigten Interessen zugunsten anderer, deren vitalen Interessen nicht aus sich heraus realisiert werden können, zurückstellt. Solche Solidarbereitschaft kann unterschiedlich motiviert sein – von einem aufgeklärten Eigeninteresse, das die eigene Solidarbereitschaft an die Reziprozitätserwartung knüpft, im eigenen Schadensfalle von der Solidarität anderer profitieren zu können, bis hin zu einem Altruismus, der auf alle Gegenleistungen verzichtet und allein am Wohlergehen anderer interessiert ist. Solidarität weiß um elementare Solidaritätskonflikte. Sie weiß, dass die Solidarbereitschaft eine begrenzte Ressource darstellt und von der Erwartung zehrt, dass sie nicht ohne Not beansprucht wird oder von den Solidaradressat*innen nicht schamlos ausgenutzt wird. Von altruistischer Solidarität abgesehen zehrt sie weiterhin davon, dass Nutzen und Lasten, Chancen und Risiken mindestens auf lange Sicht fair verteilt und alle Anstrengungen ergriffen werden, um die einseitig verteilte Solidarlasten in den Grenzen unvermeidbarer Einbußen zu halten.

Zuletzt bleibt immer die Frage, wie Solidaritätsverpflichtungen selbst ethisch gerechtfertigt werden können. Hier gibt es unterschiedliche moralphilosophische Begründungsstrategien. Wesentlich ist die Differenz zwischen reziproken Solidarpflichten, wie sie etwa die normative Logik sozialstaatlicher Sicherungssysteme vorgibt, und altruistischen Solidaritätsoptionen. Letztere fallen regelmäßig in den Bereich supererogatorischer Verpflichtungen: Zwar mögen sich bestimmte Akteur*innen zu ihnen etwa aus religiösen oder philanthropischen Gründen motiviert und verpflichtet sehen, da diese Form der ‚Menschen‘- und ‚Nächstenliebe‘ einen wesentlichen Bestandteil ihrer Vorstellungen eines guten und gelingenden Lebens bildet; eine Verpflichtung für alle, eine dauerhafte Asymmetrie von verzichts-basierten Beistandshandlungen zu akzeptieren, lässt sich wohl kaum begründen. Anders

⁴ Dies betrifft nach derzeitigem Kenntnisstand gerade an Mukoviszidose erkrankte Menschen.

dagegen gestaltet sich die Rechtfertigung, wenn man asymmetrische Solidarverpflichtungen als Ausdruck distributiver Gerechtigkeit – etwa im Sinne *John Rawls* Differenzprinzip (Rawls 1979: 336) – konzipiert: Die Begünstigungen des eigenen Lebens – und ein unversehrtes Leben gering vulnerabler Personen (-gruppen) in staatlicher Gemeinschaft ist zweifelsohne eine nicht selbst erzeugte Gunst – müssen immer auch den schwächsten Gliedern (hier also den Corona-assoziiert besonders vulnerablen Gruppen) zum Vorteil gereichen.

Diese durchaus liberalistische Begründungsstrategie von asymmetrisch verteilten Solidaritäten verweist auf eine bestimmte freiheitstheoretische Rechtfertigung: Die Freiheit jeder einzelnen Person ist wesentlich *kommunikativ* verfasst. Die individuelle Freiheit nimmt nicht innerhalb jenes Raumes Gestalt an, der durch die Freiheiten der Anderen begrenzt ist; das ist der große Irrtum des individualistisch-liberalistischen Freiheitspathos. Sondern sie gewinnt ihre eigene Wirklichkeit erst in der realen *Affirmation anderer Freiheit*, und das nicht schon im Modus des bloßen Tolerierens und Respektierens, sondern erst im Modus der Ermöglichens und Beförderns humaner Entfaltungsmöglichkeiten aller Anderen. Von diesem Grundgedanken kommunikativer Freiheit wird ersichtlich, dass die Einschränkungen eigener Freiheitsmöglichkeiten zugunsten der Abwehr einer krankheitsassoziierten Schädigung oder gar Zerstörung humaner Freiheitsmöglichkeiten anderer Ausfluss, ja Verwirklichungsform eigener humaner Freiheit und damit des eigenen Wohlergehens ist. Einen solchen Gedanken transportieren vielleicht auch Staatsverfassungen – etwa in Gestalt der Schweizerischen Bundesverfassung, wenn sie in der Präambel festhält: „gewiss, dass frei nur ist, wer seine Freiheit gebraucht, und dass die Stärke des Volkes sich misst am Wohl der Schwachen“⁵.

3. Medizinische Triage-Entscheidungen zwischen Patient*innenwillen und struktureller Diskriminierung

Im Letzten wollen die massiven Grundrechtseinschränkungen einem Kollaps des Gesundheitssystems vorbeugen. Darin eingeschlossen ist vor allem die Verhinderung hoch dramatischer Situationen, die spätestens seit den furchtbaren Bildern aus den Krankenhäusern aus dem italienischen *Bergamo* der Weltöffentlichkeit vor Augen stehen: schwersterkrankte, sterbende und bereits gestorbene Covid-19-Patient*innen, denen vielleicht noch hätte geholfen werden können, wenn sie nicht so zahlreich in so kurzer Zeit in viel zu knapp vorgehaltene intensivmedizinische Behandlungskapazitäten eingeliefert hätten werden müssen. Zur ungeheuren

⁵ Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft: Präambel (angenommen am 18.4.1999), <https://www.bv-art.ch/praambel.html> (zuletzt abgerufen am 27.5.2020)

Dramatik solcher Situationen gehört auch, dass das medizinische Personal sich gezwungen sah, angesichts der knappen Ressourcen die Behandlungsbedürftigen zu priorisieren. Sollen – wie mancherorts offensichtlich praktiziert – ältere Patient*innen gegenüber jüngeren zurückgestellt werden – etwa weil sie altersbedingt geringe Genesungschancen besäßen oder ohnehin nur eine geringere Lebenserwartung hätten? Schnell machte der verzweifelte Appell von Ärzt*innen aus dem katholischen Hospital *Papa Giovanni XXIII* in Bergamo die weltöffentliche Runde, die angesichts dieser mindestens situativ überfordernden Priorisierungsentscheidungen eine veränderte Sichtweise von der traditionell westlichen „*patient-centered care*“ zu einer „*community-centered*“ (Nacoti et al 2020: 3) fordern.

Mit diesem Appell verbunden ist die auch in Deutschland sofort aufgebrochene Frage nach der Priorisierung von dringend behandlungsbedürftigen Patient*innen, und vor allem nach ethisch gerechtfertigten Kriterien, nach denen solche Priorisierungsentscheidungen in Situationen akuter Knappheit erfolgen sollen. Diese Frage stellt sich nicht neu. Sie wird seit gut zweihundert Jahren unter dem französischen Begriff der *Triage* verhandelt. Er geht zurück auf den Militärarzt *Dominique Jean Larry*, der sich auf den Schlachtfeldern der Unionskriege genötigt sah, seine äußerst begrenzt zur Verfügung stehenden Mittel möglichst effizient (also sparsam) wie effektiv (also wirksam) zum Wohl der verletzten Soldaten und auch zum Wohl seiner Kriegspartei (möglichst rasche Rückführung in die kämpfende Truppe) einzusetzen. Dieser Grundsatz ist seit langem in der Katastrophenmedizin übernommen worden – nämlich immer dann, wenn in einer Katastrophenlage in kürzester Zeit entschieden werden muss, wem die begrenzt zur Verfügung stehende Kapazität zur Erstversorgung und zum Weitertransport in Krankenhäuser zuteilwerden soll: „Unter Katastrophen- respektive Kriegsbedingungen kommt der Triage, d.h. der Patientensortierung nach Art und Schwere der Verletzung, aber auch unter Berücksichtigung der Prognose unter den gegebenen logistischen und medizinische infrastrukturellen Bedingungen die größte Bedeutung zu.“ (Eberle 1980: 29) Was unter den Bedingungen äußerster Knappheit zählt, ist nicht die patient*innenorientierte individuelle Best- oder Maximalversorgung, sondern im Sinne der gerechten Verteilung von Überlebenschancen die unabdingbare lebensrettende Basisversorgung:

„Beim Massenanfall von Verwundetem zählt nicht in erster Linie eine chirurgische Spitzenleistung. In der Katastrophensituation wird die Effektivität eines Sanitätsdienstes nicht an der Zahl großer Operationen, sondern an der *Zahl der Überlebenden* bewertet. Die Hauptaufgabe besteht somit in der Erhaltung des Lebens. Sie ist wichtiger als die Erhaltung von Gliedmaßen. Dies verlangt vom Katastrophenarzt eine *radikale Umstellung von der zivilen*

„Individualmedizin auf die massenmedizinische Versorgung.“ (Eberle 1980: 29, Hervorhebungen im Original)

Die geforderte „Patientensortierung“, oder angemessener: priorisierende Reihung bei der Versorgung, ruht einer bis heute üblichen Kategorisierung nach Behandlungsdringlichkeit auf. In den entsprechenden Richtlinien, die das *Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe* gemeinsam mit der *Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin* unter der Bezeichnung „Primäres Ranking zur Initialen Orientierung im Rettungsdienst! (PRIOR®)“ verantwortet und die im Katastrophenfall beziehungsweise im „Massenanfall von Verletzten“ (ManV) angewendet werden, finden sich drei Dringlichkeitsstufen: Sichtungskategorie I (rot) bezeichnet die höchste Dringlichkeitsstufe, führt zur schnellstmöglichen ärztlichen Behandlung und besitzt die höchste Transportkapazität; Sichtungskategorie II (gelb) soll zur schnellen ärztlichen Behandlung führen, bis ein Abtransport in eine Krankenhaus erfolgen kann; Sichtungskategorie III (grün) führt zu einer verzögerten ärztlichen Behandlung, die bis zum möglichen Abtransport anhält. Hinterlegt sind dem Priorisierungsalgorithmus Indikatoren, die bei der Sichtung und Einschätzung der Dringlichkeitsstufe eine Orientierung bieten. (BABK/DGKM o.J.). Nicht in die Priorisierung einbezogen werden Leichtverletzte, die keine dringende Behandlungsnotwendigkeit aufweisen einerseits, und andererseits sogenannte „hoffnungslose Fälle“, die zwar eine höchste Behandlungsdringlichkeit aufweisen, die aber kaum eine Überlebenschance besitzen und in diesem Sinne ob ihrer Aussichtslosigkeit nicht sinnvoll behandelungsfähig (fehlende ‚Behandlungssinnhaftigkeit‘) sind. In beiden Fällen fehlt – aus entgegengesetzten Gründen – die entsprechende medizinische Indikation. Leicht modifiziert, in der Sache aber gleich sortieren bzw. triagieren etwa die Richtlinien des zuständigen Ministeriums des Landes Baden-Württemberg (2016): Kategorie I betrifft die akut vital bedrohten und führt zur Sofortbehandlung; Kategorie II sichtet die Schwerverletzten und führt zur dringenden Behandlung; Kategorie III sichtet die Leichtverletzten und führt zu einer späteren und ggf. ambulanten Behandlung; Kategorie IV betrifft Verletzte ohne Überlebenschance, die eine betreuende (abwartende) Behandlung (etwa eine palliative Versorgung) nach sich zieht.

Die genauere Sichtung der bisherigen Triage-Empfehlungen macht eine bedeutsame Akzentverschiebung offenkundig, die in den jüngsten Triage-Empfehlungen zur Covid-19-Pandemie durch medizinische Fachgesellschaften – federführend die *Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin* (DIVI) – oder jüngst durch die deutsche *Bundesärztekammer* (BÄK) vorgenommen wurden und für erhebliche Diskussionen gesorgt haben. Während die bisherigen Priorisierungsregeln

– eine Behandlungsbedürftigkeit bzw. sinnvolle Behandlungsfähigkeit vorausgesetzt
– das Kriterium der Dringlichkeit (unverzüglich, rasch, verzögert) zur Anwendung bringen, steht in den aktuellen Orientierungsrichtlinien die Erfolgsaussicht einer intensivmedizinischen Maßnahme im Vordergrund. Diese Akzentverschiebung ist verständlicherweise dem Umstand geschuldet, dass die knappen intensivmedizinischen Behandlungsressourcen zwischen solchen Personen verteilt werden müssen, die alle mehr oder minder akut lebensgefährdet sind und somit allesamt der Kategorie I angehören, also unverzüglich einer intensivmedizinischen Therapie bedürfen. Eine ausreichende medizinische Indikation – also eine Behandlungsbedürftigkeit wie eine Behandlungssinnhaftigkeit⁶ – vorausgesetzt wird der individuell erwartbare Nutzen, also die persönliche Erfolgsprognose, ins Verhältnis gesetzt zum erwartbaren Nutzen der unmittelbar um die knappen Ressourcen konkurrierenden beziehungsweise zum kollektiv erwartbaren Nutzen der betroffenen Gesamtpopulation. In der Formulierung der Bundesärztekammer liest sich die Orientierung so:

„Im Falle notwendiger Priorisierungsentscheidungen bei nicht ausreichenden Ressourcen sollen diese so eingesetzt werden, dass Erfolgsaussichten mit Blick auf das Überleben und die Gesamtprognose möglichst große sind und die meisten Menschenleben gerettet werden können. (...) Die Beurteilung der Erfolgsaussicht ergibt sich nicht aus dem Vorliegen einer bestimmten Erkrankung oder Behinderung, sondern aus dem Zusammenspiel verschiedener Faktoren (z.B. Schweregrad der akuten Erkrankung, Komorbidität, allgemeiner Gesundheitszustand/Gebrechlichkeit), die im Einzelfall jeweils integriert zu berücksichtigen sind.“ (BÄK 2020: 2f)

Die Bundesärztekammer verweist dann auf die jüngst veröffentlichten Empfehlungen der DIVI et. al. Diese empfehlen eine Priorisierung auf der Basis eines Vergleiches zwischen der jeweils individuell ermittelten Erfolgsprognosen – mit der Folge, dass ein Patient, dessen Therapie zwar durchaus noch erfolgversprechend und insofern zweifelsohne medizinisch indiziert ist, der aber im Vergleich zu konkurrierenden Patient*innen eine geringere Erfolgsprognose besitzt, dass dieser Patient nachrangig behandelt wird, mit der Konsequenz: *„keine Intensivtherapie, adäquate Versorgung einschl. palliativer Versorgung“* (DIVI 2020: 8; Hervorhebung im Original). Die DIVI-

⁶ Ausdrücklich verweisen die klinisch-ethischen Empfehlungen für „Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie“ der DIVI u.a. auf den – völlig unstrittigen – Grundsatz hin, dass – unabhängig von Knappheitsbedingungen – „eine Intensivtherapie (...) nicht indiziert [ist], wenn der Sterbeprozess unaufhaltsam begonnen hat, die Therapie als medizinisch aussichtslos eingeschätzt wird, weil keine Besserung oder Stabilisierung erwartet wird, oder ein Überleben an den dauerhaften Aufenthalt auf der Intensivstation gebunden wäre.“ (DIVI 2020: 3)

Empfehlungen gehen sogar noch einen Schritt weiter. Sie empfehlen nämlich eine wiederholte Einbeziehung in die Triage immer dann, wenn im Rahmen einer üblichen Feststellung der Therapiesinnhaftigkeit eines Patienten diese zwar wiederum aufgrund ausreichender Erfolgsaussicht bejaht wird, die Knappheit an verfügbaren intensivmedizinischen Ressourcen aber durch die kontinuierliche Zuführung weiterer unmittelbar lebensbedrohlich erkrankter Patient*innen nach wie vor besteht und er deshalb erneut mit einer vergleichsweise besseren Erfolgsprognose die neu hinzugekommenen Patient*innen überbieten muss. Gelingt dies nicht, haben also die ‚Neuen‘ gegenüber dem bereits intensivmedizinisch behandelten Patienten einen komparatistischen Vorteil, dann wird nun nachrangig behandelt – im Klartext: *„Beendigung der Intensivtherapie, adäquate Versorgung einschl. palliativer Maßnahmen“* (DIVI 2020: 9; Hervorhebung im Original).

Gegen diese *ex-post-Triage* hat schon der Deutsche Ethikrat, der seine Empfehlung zeitlich parallel entwickelte, schwere Bedenken vorgetragen. Denn die Nachrangstellung eines schon behandelten Patienten führt zu einem Abbruch einer nach wie vor medizinisch indizierten, also aufgrund ihrer bestehenden positiven Erfolgsaussicht sinnvollen Therapie. Ein solcher Therapieabbruch erfüllt den Straftatbestand der Tötung. Auch ethisch lässt er sich nicht rechtfertigen. Zwar ist völlig unbestritten, dass niemandem eine solche Priorisierung leicht fällt. Im Gegenteil, sie fällt in der Situation größter Not: Sie nicht zu treffen hieße, die begrenzten Ressourcen in eine Therapie zu investieren, die weniger aussichtsreich ist als eine Therapie, dessen Nutznießung auf Grund besser Prognose vielleicht höher liegt, nun aber unterbleiben muss und der betroffene Patient vermutlich deshalb verstirbt. Sie zu treffen wäre aber nur ethisch zu rechtfertigen unter Missachtung der oben erläuterten deontologischen Einhegung nutzenorientierter Entscheidung. Denn die erfolgsabwägungsbasierte Nachrangstellung des schlechter prognostizierten Patienten würde diesen zum bloßen Instrument der Optimierung des Gesamtnutzens machen und ihn damit seiner Selbstzwecklichkeit als Ausfluss seiner Würde als Mensch berauben. Menschen sind nicht nur gleich zu behandeln – das würden auch utilitaristische Begründungen gewährleisten können, da die Interessen aller in die Ermittlung des Gesamtnutzens einbezogen werden. Menschen sind darüber hinaus noch diesseits aller Nützlichkeitsabwägung in dieser ihrer je eigenen inhärenten Selbstzwecklichkeit strikt zu achten. Dieses kategorische Verbot entspricht auch der verfassungsrechtlichen Lage: In seinem Urteil zum Luftsicherheitsgesetz hat das *Bundesverfassungsgericht* die gesetzlich normierte Erlaubnis, als letztes Mittel ein mit Passagieren besetztes Flugzeug abzuschießen, um andere Menschen zu retten, klar als verfassungswidrig verworfen: Ein solcher Abschuss

„missachtet die Betroffenen als Subjekte mit eigener Würde und unveräußerlichen Rechten. Sie werden dadurch, dass ihre Tötung als Mittel zur Rettung anderer benutzt wird, verdinglicht und zugleich entrechtlicht; in dem über ihr Leben von Staats wegen einseitig verfügt wird, wird den als Opfern selbst schutzbedürftigen Flugzeuginsassen der Wert abgesprochen, der dem Menschen um seiner selbst willen zukommt.“ (BVerfG 2006)

Eine solche reiterative, also ständig sich wiederholende Einbeziehung in die Triage-Entscheidung muss beinahe zwangsläufig die Beziehung zwischen Patient*innen (einschließlich ihrer Angehörigen) und medizinischem Personal schwer in Mitleidenschaft ziehen. Zwar wird jede intensivmedizinische Therapie von Zeit zu Zeit reevaluiert, also ihre Sinnhaftigkeit überprüft. Dabei spielt die individuelle Erfolgsprognose unstreitig eine wesentliche Rolle. Insofern kann es zum Abbruch einer Therapie kommen, wenn eine Weiterführung sinnlos und deshalb nicht mehr medizinisch indiziert ist. Aber bei der Triage geht es ja nicht allein um die Feststellung der individuellen Prognose, sondern um den Vergleich mit anderen. Ein Patient in lebensbedrohlicher Lage muss deshalb immer Gewähr sein, dass neuankommende, besser prognostizierte Patient*innen ihm vorgezogen werden und er deshalb aus der Behandlung genommen wird und verstirbt – obwohl seine Prognose prinzipiell noch aussichtsreich ausfällt. Ein solches ‚Damoklesschwert‘ wird die Therapiebemühungen wie die Therapieerfolge keinesfalls begünstigen.

Zudem läuft jede Priorisierung, die auf dem Vergleich der Erfolgsaussichten beruht, immer Gefahr, bestimmte Personengruppen mindestens strukturell zu diskriminieren. Denn es gibt Personengruppen, deren vorfindliche Gesundheitslage alters-, behinderungs- oder vorerkrankungsassoziiert bereits belastet ist und sich deshalb auf die Erfolgsaussicht negativ auswirkt. Zwar betonen alle Empfehlungen unisono, dass aufgrund der Gleichheit aller Menschen die Priorisierung „*allein* aufgrund des kalendarischen Alters oder aufgrund sozialer Kriterien“ (DIVI 2020: 4; Hervorhebungen im Original) unzulässig ist. Es „verbieten sich Benachteiligungen aufgrund von z.B. Alter, Geschlecht, Nationalität, Behinderung oder sozialem Status. Auch medizinisch geprägte Kategorisierungen (z.B. Demenz, andere chronische Erkrankungen) dürfen nicht zu einem pauschalen Ausschluss von erforderlichen Behandlungen führen.“ (BÄK 2020: 2). Wohlgedenkt: Sie dürfen nicht „*allein*“ oder „*pauschal*“ zum Ausschluss führen, spielen aber in der Gesamtwürdigung als Faktor eine wesentliche Rolle. Und genau darin besteht ihre strukturelle Diskriminierung: Zwar mag sich im Einzelfall der Status eines Mukoviszidose-Patienten nicht

automatisch nachteilig auswirken, weil er – etwa als Marathon-Läufer⁷ – über eine vergleichsweise hervorragende physische Konstitution verfügt. Gleichwohl muss er den Nachteil seine Grunderkrankung durch besondere Vorteile an anderer Stelle ausgleichen, um im Vergleich der Erfolgsaussichten mit durchschnittlich gesundheitlich verfassten Personen mithalten zu können.

Aufgrund solcher struktureller Diskriminierungen wie ethisch unakzeptablen Behandlungsabbrüche bei der *ex-post-Triage* fordern vor allem Betroffenenverbände aus dem Bereich ‚Behinderung‘ die Rücknahme der Empfehlungen und den Verzicht auf das Kriterium *vergleichender* klinischer Erfolgsaussichten bei Priorisierungsentscheidungen (AbilityWatch 2020). Stattdessen plädieren sie für die Rückkehr zum ursprünglich maßgeblichen Triage-Kriterium ‚Dringlichkeit‘ sowie den klassischen medizinethischen Allokationskriterien des ‚First come first save‘ sowie dem ‚Zufallsprinzip‘ (FbJ 2020)⁸. Es besteht kein Zweifel, dass auch diese Kriterien tatsächlich *tragische Situationen* nicht verhindern. Es ist und bleibt immer bitter, *zu spät* zu kommen und vom Schicksal in dieser Weise gestraft zu werden. Aber wäre es für alle betroffenen Patient*innen und beteiligten Ärzt*innen tatsächlich weniger tragisch, wenn sie das Schicksal in das Mache eigener Priorisierungsentscheidungen transformieren, die einer bestimmten Gruppe von Patient*innen den Nachteil ihres Alters, ihrer Behinderung oder ihrer Vorerkrankung erneut zum benachteiligenden Schicksal werden lassen? Ethisch rechtfertigen ließe sich diese Benachteiligung nur unter Preisgabe deontologischer Einhegung durchaus legitimer Nutzenerwägungen. Es wäre der Triumph des Utilitarismus über die deontologische Unbedingtheit der inhärenten, also leistungsunabhängigen Würde jedes einzelnen Menschen. Wer dies will – und sei nur in begrenzten Ausnahmesituationen extremer Knappheit –, der sollte es offen eingestehen.⁹ Er sollte sich aber bewusst sein, welche Auswirkungen dies auf die normativen Fundamente wie die Klärung vieler Detailfragen des medizinischen Alltags in Zukunft haben wird.

⁷ Der derzeitige Vorsitzende von Mukoviszidose-Deutschland und Mitglied im Deutschen Ethikrat, Stephan Kruij, kann auf eine solche gesundheitliche Verfassung bauen.

⁸ So auch jüngst das heute 77-jährige frühere Mitglied des Nationalen wie Deutschen Ethikrats *Peter Radtke* in seinem Zeitinterview „Wir werden aus diesem Dilemma nicht schuldfrei herauskommen“ (Zeit vom 11.5.2020),

<https://www.zeit.de/zustimmung?url=https%3A%2F%2Fwww.zeit.de%2F2020%2F20%2Fpeter-radtke-coronavirus-krise-gesundheitssystem> (zuletzt abgerufen am 29.5.2020)

⁹ Von bemerkenswerter Offenheit hier die intensivmedizinischen Kliniker Heller/Schubert/Schuler 2020, <https://www.faz.net/aktuell/wissen/geist-soziales/schwierige-triage-entscheidungen-rueckhalt-fuer-aerzte-16723880.html> (zuletzt abgerufen am 29.5.2020)

Über diese Kontroverse droht freilich ein anderer wesentlicher Gesichtspunkt ausgeblendet zu werden, der im Vorfeld der eigentlichen Triage von erheblicher Bedeutung ist: Die Frage nämlich, ob lebensbedrohlich erkrankte Patient*innen selbst überhaupt eine intensivmedizinische Behandlung wollen. Wie in jeder Krankheitssituation ist der Wille der Patient*innen maßgeblich – und zwar sowohl beim Beginn wie bei der Fortsetzung der Therapie und auch immer unabhängig davon, ob eine Knappheitssituation besteht oder nicht. Von einzelnen Palliativmediziner*innen wird in der Covid-19-Pandemie gelegentlich der Vorwurf erhoben, dass dieser Patientenwille nicht immer erhoben wird. Vermutlich würde ein Großteil hochbetagter oder multimorbider Patient*innen einer solchen intensivmedizinischen Therapie ihre Zustimmung verweigern. Immerhin liegt die Überlebensrate derzeit geschätzt bei etwa 20-30% (bei einem Durchschnitt der betroffenen Gesamtpopulation von etwa 50%). Oftmals entstehen schwere, bleibende Folgeschäden.

Nun ist die Einwilligung der Patient*innen beim Eintritt des Notfalls aus eben diesen Gründen nicht mehr einholbar. Insofern werben viele Organisationen dafür, solche Entscheidungen im Rahmen einer Patientenverfügung oder eines umfassenderen *Advance Care Planning* zu ermitteln und für den Bedarfsfall schriftlich zu fixieren. Allerdings entsteht gerade in einer umfassend gesellschaftlich bedrohlichen Situation, dass Betroffene gleichsam einen inneren Handlungsdruck verspüren, eine Verzichtentscheidung zu fixieren, um etwa als ältere Person nicht einer jüngeren den notwendigen Therapieplatz vorzuenthalten. Das Problem einer prekären Selbstbestimmung, in der äußere Einflüsse – gewollt oder ungewollt – erheblich auf die formal ‚freiverantwortliche‘ Entscheidung eines Menschen einwirken, stellt sich in nahezu allen Lebenskontexten. Insofern sind auch solche grundsätzlich wichtige Instrumente, den Willen der Patient*innen im Fall der Fälle möglichst unverfälscht zur Geltung zu bringen, gerade in den Zeiten von Corona nur äußerst behutsam einzusetzen.

4. Soziale Priorisierungen und soziale Spaltungen: Spezifische Herausforderungen Sozialer Arbeit in Zeiten von Corona

Die derzeitige Debatte um die Triage fokussiert die Priorisierung von Patient*innen im Falle von Knappheit lebensrettender intensivmedizinischer Behandlungsmöglichkeiten. Angesichts der dramatischen Bilder war und ist das verständlich. Dennoch ist diese Fokussierung gefährlich. Denn es missachtet den Sachverhalt, dass schon jetzt mit der Strategie der physischen Distanz bereits eine weitreichende Triage-Entscheidung getroffen wurde. Nochmals: Der präventive Schutz des

Gesundheitssystem vor einem Kollaps führt zu Maßnahmen, die mit erheblichen Einschränkungen *und gesundheitlichen Belastungen* für eine große Zahl von Menschen verbunden sind. Für diese Priorisierung mag es durchaus gute Gründe geben – gerade unter Berücksichtigung des Kriteriums der Dringlichkeit. Dennoch dürfen die Negativeffekte nicht vernachlässigt werden. Mehr noch, es ist sorgfältig darauf zu achten, dass diese Nachteile nicht die Vorteile überlagern.

Der *Deutsche Ethikrat* hat in seinen Empfehlungen auf diese Begleitschäden hingewiesen, etwa auf:

- „Patienten, deren medizinische Behandlung als derzeit nicht zwingend notwendig ausgesetzt wird,
- Personen in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, der Behindertenhilfe, der Sozialpsychiatrie und in Pflegeheimen, denen Besuche weitgehend vorenthalten und für die nahezu sämtliche Freizeit-, Arbeits-, Bildungs- und Therapie-Angebote eingestellt werden,
- Frauen und Kinder, die von häuslicher, durch sozialen Stress induzierter Gewalt bedroht sind,
- Personen, denen Vereinsamung droht“ (DER 2020: 6)

Man kann die Liste der erheblichen Begleitschäden gerade mit Blick auf die Arbeitsfelder Sozialer Arbeit fast beliebig verlängern: sei es das Wegbrechen basaler materieller und/oder psychosozialer Versorgungsstrukturen (Tafeln, Kita-Essen, Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe usw.), seien es die erheblichen Einschränkungen in der Kinder- und Jugendhilfe bei der Wahrnehmung des ‚Wächteramtes‘ zum Schutz des Kindeswohls gegen über häuslicher Gewalt beim Verlust des Frühwarnsystems in Schulen, Kitas, Jugendfreizeiteinrichtungen, Sportvereinen usw. oder die Vertiefung schicht-, migrations- oder familienstandsassoziierter Bildungsbenachteiligung bei fortgesetztem ‚*home schooling*‘. Alle diese „Einschränkungen, Beschränkungen und Verbote (...) sorgen auf vielen Ebenen für psychische, soziale und spirituelle Belastungen mit Auswirkungen auf die Gesundheit.“ (DGP u.a. 2020: 1).

Gelegentlich werden diese Beschränkungen mit dem Hinweis auf die absolute Priorität des Gesundheitsschutzes gerechtfertigt. Dieses Argument verkennt zweierlei: Erstens spiegelt es bestenfalls ein halbiertes Verständnis von Gesundheit wider. Denn gemäß dem multifaktoriellen Verständnis von Gesundheit im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (WHO) umfasst Gesundheit gleichermaßen das körperliche wie psychische, soziale und mentale Wohlbefinden des Menschen. Und zweitens genießt auch die Gesundheit (im Sinne des Rechts auf Leben und körperliche

Unversehrtheit) einen zwar hohen, gleichwohl keinesfalls den höchsten Grundrechtsschutz. Er ist – im Unterschied zur Menschenwürde – gegen andere Grundrechte nicht abwägungsresistent. Menschen setzen täglich ihre körperliche Unversehrtheit einer Gefährdung aus – in der Regel nicht leichtsinnig, sondern aus wohlbedachten guten Gründen. Allein die Teilnahme am Straßenverkehr kann dies illustrieren.

Priorisierungsentscheidungen prägen schon immer auch den Alltag Sozialer Arbeit. Denn sie arbeitet ständig unter der Bedingung oftmals sogar viel zu knapp bemessener materieller oder personaler Ressourcen – sei es infolge gesellschaftlich ungleich verteilter Ressourcen im Gesundheits- und Sozialbereich (Makrobereich), sei es infolge organisationsinterner Verteilungsschlüssel (Mesobereich) oder sei es im Mikrobereich bei den höchstpersönlichen Entscheidungen jeder Professionellen, wem ihrer Adressat*innen sie welche Aufmerksamkeit und/oder Unterstützung gewährt oder aus Knappheitsgründen in einer Situation vorenthalten muss. In der Regel folgen solche – oftmals eher unbewusst verlaufenen – Priorisierungen dem Kriterium der (gefühlten) vorrangigen Bedürftigkeit. Vergleichende Erfolgsprognosen spielen keine Rolle. Jedenfalls dürfen sie in der Regel keine Rolle spielen. Zwar wird jede Maßnahme eine hohe Wirksamkeit (Effektivität) anstreben müssen (Lob-Hüdepohl 2020c). Aber es geht um die Inblicknahme des individuellen Erfolges und nicht um einen Vergleich, in welchen Adressaten ich wirkungsvoller meine begrenzten Ressourcen investieren sollte.

Jede soziale Priorisierung verschärft in krisenbedingten Knappheitssituationen in vielfacher Hinsicht soziale Spannungen und Spaltungen. Das zeigt sich mal in offener, ein anderes Mal in subtiler Weise. Als Beispiel für eine sehr subtile Form der Verstärkung sozialer Spaltungen kann die beabsichtigte Einführung eines sogenannten Immunitätspasses oder Immunitätsnachweises gelten. Seine Einführung ist in vielen Ländern gleichermaßen geplant wie umstritten. In Deutschland sah der „Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“, den das Bundeskabinett am 7.5. 2020 in den Bundestag eingebracht hatte, ursprünglich eine Erweiterung des Infektionsschutzgesetzes vor, der zufolge eine nachgewiesene Immunität gegen eine solche Erkrankung die Befreiung von den dieser Erkrankung geschuldeten Einschränkungen wichtiger Grundrechte (vgl. § 28 IfSG) vorsah. Dieses Vorhaben stieß aber schon im Vorfeld der Parlamentsdebatte auf heftige Kritik, so dass es kurzerhand aus dem Gesetzentwurf wieder gestrichen wurde.

Auf den ersten Blick kann sich der förmliche Nachweis einer Immunität – aktuell also gegen das Sars-CoV-2-Virus bzw. gegen Covid-19 – auf gute ethische Argumente

stützen: Immerhin könnte er für immune Personen die Aufhebung erheblicher Grundrechtseinschränkungen bedeuten. Sodann könnten systemrelevante Berufe, oder besser: Berufe im Bereich *essential services*, die eigentlich nur in physischer Nähe ausgeübt werden können (hier namentlich Gesundheitswesen, (vor-)schulisches Bildungswesen usw.), durch den Einsatz immunen Personals gestärkt werden. Und nicht zuletzt könnten immune An- und Zugehörige von Bewohner*innen in Einrichtungen der Alten- oder Behindertenhilfe von den Zugangsbeschränkungen befreit werden – und zwar zuvörderst im (gesundheitlichen!) Interesse der bislang streng isolierten Bewohner*innen.

Freilich sprechen auch viele Gründe gegen einen förmlichen Immunitätsnachweis. Zunächst fehlen die wissenschaftlichen bzw. medizinischen Voraussetzungen für einen solchen Nachweis noch weitgehend. Derzeit ist unklar, ob und in welchem Maße die durchstandene Covid-19-Erkrankung zu einer Immunität der Genesenen führt. Sodann ist noch nicht ausreichend sicher, wie eine mögliche Immunität nachgewiesen und besonders eine falsch positive Testung ausgeschlossen werden kann. Und es noch nicht hinreichend sicher, ob eine Immunität auch eine Ansteckung bzw. eine Übertragung auf andere ausschließt. Selbst wenn diese medizinischen Voraussetzungen ausreichend sicher sind, stellen sich insbesondere aus sozialemethischer Perspektive gewichtige Bedenken. Gerade in der internationalen Diskussion wird auf die Gefahr der sozialen Spaltung an den Linien arm versus reich, jung versus alt, prekär beschäftigt versus gut situiert hingewiesen: „Given existing inequities“, so *Francoise Baylis* und *Natalie Kofler*, „and past experience with preferential access to coronavirus testing by rich and famous, there ist every reason to anticipate that fair access to immunity testing will be a challenge for the poor and already vulnerable-low-income hourly workers, immigrants, people of color, older people, people with disabilities, people with addictions, and those who are incarcerated.“ (Baylis/Kofler 2020: 3) Man mag die deutschen von US-amerikanischen Verhältnissen unterscheiden können. Aber auch in Deutschland könnten Fehlanreize gesetzt werden, die soziale Spaltungen vertiefen: zwischen denen, die sich bewusst auf einer Corona-Party anstecken lassen und freudig erregt ihrer hoffentlich milden Erkrankung, raschen Genesung und dann ihrer baldigen Entledigung empfindlicher Beschränkungen entgehen sehen, und denen, deren fragiler Gesundheitsstatus jedes Experiment in diese Richtung verbietet. Oder zwischen denen, die sich widerwillig dem Risiko einer schwerer Erkrankung aussetzen, nur um darüber möglichst schnell in den Status der Immunität zu gelangen und dann wieder unbeschwert ihrer Erwerbsarbeit nachgehen zu können; und denen, die nicht in prekären Beschäftigungsverhältnissen für ihren alltäglichen Bedarf kämpfen müssen, sondern weiterhin mehr oder minder unbehelligt in ‚Lohn und Brot‘ stehen. So besehen trifft

auch für Deutschland das US-amerikanische Fazit zu: „COVID-19 is no equalizer; it is a flood lamp illuminating the glaring fissures of society. (...) To think that the poor and vulnerable can be sacrificed, while some people return to work with only an immunity passport for protection, is the height of folly.“ (dies.: 6)

Offen zu Tage treten in den Zeiten von Corona soziale Spaltungen etwa im Aufbrechen offener Rassismen: gegen ‚Asiaten‘ (China-Krankheit), gegen ‚unhygienisch verslumte Kulturen‘ oder auch gegen ‚westlich Degenerierte‘. Alte Stigmatisierungen werden lebendig: Angehörige sogenannter ‚Hochrisiko-Gruppen‘ (ältere Menschen, Menschen in Behinderung usw.); neue brechen in ungeahnter Heftigkeit aus: etwa von Angehörigen von Covid-19-nahen Berufsgruppen wie Ärzt*innen und Pfleger*innen, die mancherorts sogar auf offener Straße angefeindet werden, ‚weil sie doch qua Beruf zu Virenschleudern werden‘. Weitere Spaltungen brechen sich Bahn durch das regressive Wiederaufleben längst überwunden geglaubter Deutungs- und Handlungsmuster: etwa in der Wiederbelebung geschlechtshierarchischer Arbeitsteilungen während des Home-Office und des Home-Schooling bis hin zu unsäglichen Geschlechterstereotypen, die im Kampf gegen häusliche Gewalt den bedrohten Frauen auf Widerworte zu verzichten und insgesamt mehr Demut gegenüber ihren Männern empfehlen. Solche und ähnlich regressive Deutungs- und Handlungsmuster spiegeln im Grundsatz bekannte sozialpsychologische Phänomene: stress-assoziierte Regression moralischer Deutungs- und Urteilmuster, ‚Sündenbock‘-Mechanismen zwecks Stabilisierung eines (tief-)verunsicherten individuellen oder kollektiven Ichs, Verschwörungstheorien zwecks reduktionistischer Rationalisierung überfordernder Komplexität ‚mysteriöser‘, ‚furchteinflößender‘ Bedrohungen und Widerfahrnisse oder auch populistische Versuchungen, die in den letzten Jahren schon vor Corona erhebliche Nahrung gefunden haben.

5. Ausblick: Spiritual Care in Zeiten der Corona-Krise

Soziale Priorisierungen haben unmittelbare Auswirkungen auf die Gesundheit. Der derzeit gängige Slogan ‚*Gesundheit zuerst*‘ kann deshalb nicht gegen die psychischen und sozialen Folgen in Anschlag gebracht werden, sondern muss gerade auch sie einschließen. Dies gilt ebenfalls für eine Dimension menschlichen Wohlbefindens, das die Weltgesundheitsorganisation als *mental health* bezeichnet. Im Unterschied zum psychischen Wohlbefinden, das eher die medizinisch-klinischen Aspekte seelischer Gesundheit fokussiert, umfasst mentale Gesundheit das geistig-seelische oder spirituelle Wohlbefinden eines Menschen. Auch dieses steht in Zeiten von Corona unter erheblichem Druck – sowohl im Kontext der unmittelbaren Covid-19-

Erkrankungen wie mindestens ebenso bedeutsam im Umgang mit (?) alltäglichen Einbrüchen und Fragwürdigkeiten, die Menschen durch die Pandemie widerfahren, selbst wenn sie weder an Covid-19 erkranken noch allzu starken sozialen, wirtschaftlichen oder kulturellen Belastungen ausgesetzt sind.

Der Begriff der ‚Seele‘ ist ebenso wie der Begriff der ‚Spiritualität‘ auch im Bereich der Sozialen Arbeit mittlerweile sehr geläufig, aber auch erläuterungsbedürftig. Zwar ist Seele zunächst nur die deutsche Übersetzung des griechischen ‚psychè‘. Im Unterschied zur Psyche verbindet sich mit der Seele aber in der Regel die Vorstellung von einer existentiellen Mitte der Person – gleichsam der Knotenpunkt personaler Identität, der die Ereignisse des inneren wie äußeren Lebens in konsistente Erfahrungen, Deutungen und Lebensorientierungen verarbeitet und diese umgekehrt für die Deutung und Behandlung alltäglicher Ereignisse bereithält. Darin besteht auch die Nähe zum Begriff der Spiritualität, der sowohl in der Sozialen Arbeit (Lewkowicz/Lob-Hüdepohl 2003) als auch besonders im Bereich des *palliative care* eingeführt ist: „Spiritualität“, so *Erhard Weiher* zunächst sehr allgemein auf prinzipiell alle Bereiche des Lebens, „ist eine innerste Gestimmtheit, ein bewusster oder nicht bewusster Geist, der das Alltagsleben transzendiert, aus dem heraus Menschen ihr Leben empfinden, sich inspiriert fühlen und ihr Leben gestalten.“ (Weiher 2013: 24) Ähnlich, aber schon fokussiert auf Fragen von Krankheit, Sterben und Tod, die *Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin*: „Unter Spiritualität kann die innere Einstellung, der innere Geist wie auch das persönliche Suchen nach Sinnggebung eines Menschen verstanden werden, mit dem er Erfahrungen des Lebens und insbesondere auch existenziellen Bedrohungen zu begegnen sucht.“ (DGP NNN) ‚Seele‘ wie ‚Spiritualität‘ sind auch ‚Gegenstand‘ der Sorge anderer. Gleichwohl sind ‚Seelsorge‘ und ‚spiritual care‘ nicht deckungsgleich, sondern weisen nur gemeinsame Schnittmengen auf. Seelsorge ist – im Unterschied zu *spiritual care* – stark religiös konnotiert. Das Moment des Transzendenzbezuges von Spiritualität gewinnt im Sinne des Religiösen eine spezifische Kontur (Lob-Hüdepohl 2017). Spiritual Care schließt solche Konturierungen nicht aus, aber auch nicht notwendigerweise ein.

Spätestens mit den *Cicely Saunders* Konzeption des Tumorschmerzes als ein „somato-psycho-sozio-spirituelles Phänomen“ (Saunders 1967) gehört zur umfassenden Schmerztherapie (*palliative care*) das *spiritual care*. Dieser Aspekt zeigt seine besondere Dringlichkeit auch im Kontext von Corona und Covid-19. Adressat*innen sind neben den kritisch kranken, schwerstkranken und sterbenden Patient*innen auch deren An- und Zugehörige, Mitarbeiter*innen von Isolierbereichen und Intensivstationen (‘frontline healthcare professionals’), Mitarbeiter*innen der Hospiz- und Palliativversorgung sowie nicht zuletzt hospizlich-

palliativ qualifizierte, ehrenamtliche wie berufliche Mitarbeiter*innen in der psychosozialen und spirituellen Versorgung. Natürlich stehen die Patient*innen im Vordergrund. Die Fachgesellschaften machen in ihren aktuellen „Empfehlungen zur Unterstützung von belasteten, schwerstkranken, sterbenden und trauernden Menschen in der Corona-Pandemie aus palliativmedizinischer Perspektive“ etwa folgende Bedarfe der Patient*innen aus: Sie

- „bedürfen trotz der Isolation das Gefühl der sozialen Verbundenheit mit ihren Zugehörigen und anderen Personen
- benötigen eine individuelle und patient*innenzentrierte Beratung zu Therapie Wünschen und zur Unterstützung bei der Entscheidungsfindung in Bezug auf mögliche Behandlungsmaßnahmen
- bedürfen Unterstützung dabei, den jeweils eigenen Umgang zu finden
 - mit der Möglichkeit, nicht direkt Abschied nehmen zu können
 - mit der Begrenztheit des eigenen Lebens und der Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit
 - mit der eigenen Trauer aufgrund der möglichen fortwährend erlebten Verluste
 - mit den Sorgen um die ihnen nahestehenden Menschen (z.B. wie es für diese weitergeht)
 - mit durch die Situation bedingt möglichen Reaktionen wie Angst, Demoralisierung, Stress und Depressivität
 - bei spirituellen und existentiellen Nöten“. (DGP 2020)

Ähnlich existentielle Fragen treiben auch die anderen Beteiligten um: Ohnmacht; Mislingen und Scheitern; schlechtes Gewissen, den Sterbenden nicht besser oder vielleicht gar nicht mehr begleiten und verabschieden zu können; Schuld; Trauer; und nicht zuletzt die Frage nach dem Sinn: warum ich, warum meine Angehörige, warum wir, warum überhaupt?

Gerade auch die professionellen Ärzt*innen und Pfleger*innen erleben ihre situative Überforderung als Scheitern vor den professionellen Anforderungen – ein Scheitern, das weniger nur ihrer Erschöpfung oder dem Mangel an eigenen professionellen Fähigkeiten und zur Verfügung stehenden medizinisch-pflegerischen Ressourcen geschuldet ist, sondern mehr das Scheitern vor ihrem grundsätzlichen Selbstanspruch spiegelt, Krankheit, Leiden und Tod durch medizinisch-pflegerische Heilkunst abwenden und besiegen zu können. Diesem Selbstanspruch korrespondiert oftmals auch eine entsprechende Erwartungshaltung der Patient*innen, der Angehörigen wie der gesellschaftlichen Öffentlichkeit. Angesichts der furiosen Entwicklung, die die Medizin nochmals in den letzten Jahrzehnten unternommen hat, hat sich das Leitbild

des Lebens als „Machsals“ (*Odo Marquard*) gerade tief in das individuelle wie kollektive Selbstverständnis der Medizin eingeschrieben. Es dominiert – mindestens heimlich – die Hybris kompletter Beherrschbarkeit und Machbarkeit menschlicher Krankheitslagen. Des Menschen Verletzlichkeit – neudeutsch Vulnerabilität – wird lediglich als Herausforderung gedeutet, der gegenüber sich Professionalität als ‚Alleskönnerin‘ zu beweisen hat, und nicht mehr als anthropologisches Grunddatum, das es nicht zu überwinden, sondern eben ‚nur‘ zu gestalten gilt.

Das anthropologische Grunddatum ‚Verletzlichkeit‘ als ‚Gestaltsal‘ anzuerkennen, ist auch für die eigene medizinische, pflegerische wie sozialarbeiterische Professionalität folgenreich. Sie verabschiedet sich zunächst von der „Heldenmoral“ (Oser 1997) professioneller Alleskönner, an und vor der sie nur scheitern könnte. Stattdessen akzeptiert sie die bleibende Begrenztheit und Kontingenz der beruflichen Handlungskompetenz, ja in gewisser Weise praktiziert sie eine Wertschätzung des Imperfekten. Denn das Imperfekte steht ja nicht nur für das schmerzhaft Unvollständige und Unvollkommenen, sondern auch für das Entwicklungsoffene und damit für das Kreative. Ohne die Momente des Brüchigen und Verletzlichen überhöhen oder gar ästhetisieren zu wollen – dies wäre angesichts des verursachten Leidens nur zynisch und obszön –, entbirgt das Gestalten des Unabgeschlossenen immer wieder Momente des überraschend Neuen und Lebensförderlichen. In diesem Sinne kann sich Professionalität als Gestaltsal durchaus im Modus ernsthafter Gelassenheit üben. Ernsthaft ist solche Gelassenheit, da sie um das Schmerzhaftes, ja gelegentlich sogar Lebensverneinende der Verletzlichkeit des Menschen und damit auch der eigenen Professionalität weiß und diese immer zu begrenzen sucht. Nochmals: alles andere wäre zynisch und obszön. Und dennoch kann sich dieser aufrichtige Ernst in Gelassenheit kleiden, da er um das bleibend Fragmentarische und damit Verletzliche und Versehrbare jeder menschlichen Existenz weiß und dies akzeptiert.

Freilich stellt sich nicht nur Professionellen die grundsätzliche Sinnfrage – also die Frage, nach dem warum und wozu von Fragmentarität und Vulnerabilität menschlicher Existenz und insbesondere nach dem Warum des Leidens überhaupt. Diese Frage begleitet Menschen seit Jahrtausenden. Denn die Frage nach dem Sinn von etwas gehört ebenso zum Menschen wie sinnstiftende Erfahrungen und Erklärungen den Gestaltungswillen eines Menschen positiv stimulieren, Erfahrungen von Sinnlosigkeiten aber schnell zum Fatalismus einladen, ja sogar zur ‚Verzweiflung treiben‘ können. Gerade die Frage nach dem Sinn von Leiden treibt namentlich das Juden- und das Christentum um. Denn wie lässt sich das Bekenntnis zu einem Gott

der Allmacht wie der Allbarmherzigkeit rechtfertigen angesichts unerträglichen Leidens? Warum lässt der Gott der unüberbietbaren Liebe so etwas zu?

Jüdische wie christliche Theologien versuchen seit Jahrtausenden, die Rechtfertigung Gottes angesichts des Leidens seiner Schöpfung – man nennt dies *Theodizee* – befriedigend zu beantworten – und zwar auf sehr unterschiedlichen Wegen. Mal versuchten sie eine Ästhetisierung: Leiden sei das notwendige Gegenüber zur Erfahrung höchsten Glückes. Ein anderes Mal erfuhr das Leiden eine Pädagogisierung: Es sei ein besonders geeignete Lernphase auf dem Weg zu einer gereiften Persönlichkeit und ihrer gefestigten Lebensführungskompetenz. Wieder ein anderes Mal – und dies trifft die wirkmächtigste Deutung – wurde Krankheit und Leiden pönalisiert: Beide seien wie Unglück des Menschen überhaupt die gerechte Strafe Gottes für ein Unrecht, dass der vom Unglück betroffenen entweder selbst oder aber seine Eltern oder sonstigen Vorfahren begangen hätten. Und wieder ein anderes Mal wurde es soteriologisiert, also heilsbesoffen aufgeladen: „Trösten Sie sich“, lässt sich noch im letzten Jahrhundert ein katholischer Bischof vor Schwersterkranken zitieren, „daß Sie der göttliche Heiland in die günstigste Lage versetzen wollte, um Ihr Heil zu wirken, indem er sie teilhaben lässt an seinem Kelch der Not und Entbehrung (...), mit deren Befolgung die Krone der Herrlichkeit verbunden ist!“.

Die zeitgenössische christliche Theologie hat sich von diesen Rationalisierungsversuchen gelöst. Längst ist ihr die Inkonsistenz, ja letztlich auch der Zynismus bewusst geworden.¹⁰ Selbst kirchenoffizielle Schreiben räumen freimütig ein: „Gerade auch Christen werden von der Frage bedrängt, warum es in Gottes guter Schöpfung überhaupt Schmerz und Leid geben muss. Sie werden sich selbst wie der Welt eine endgültige Antwort auf diese existentielle Frage schuldig bleiben müssen.“ (DBK 2003: 13) Manche prominente Theologen gehen noch weiter: Von *Romano Guardini* überliefert der Publizist *Walter Dirks* von dessen Sterbebett, dass er sich im Jüngsten Gericht nicht nur selbst Fragen lassen, sondern auch Gott zur Rede stellen wolle: „Warum Gott, zum Heil die fürchterlichen Umwege, das Leid der Unschuldigen, die Schuld?“ (Metz 1992: 191) Im Ringen um eine angemessene Theodizee sind Christ*innen niemals nur Fragende, sondern auch Gefragte (Pröpper 1993). Gefragt ist keine theoretische Antwort, sondern das, was *Regina Ammicht Quinn* eine

¹⁰ Ich kann auf diese hoch wichtige Debatte hier nicht weiter eingehen. Vgl. dazu ausführlicher *Regina Ammicht Quinn* (1992): *Von Lissabon bis Auschwitz. Zum Paradigmenwechsel in der Theodizeefrage*. Freiburg i.Brsg (Freiburg i.Ue. Andreas Lob-Hüdepohl (1997): *Ethik im Danach von Auschwitz. Moraltheologische Wegerkundungen im Anschluß an zeitgenössische Versuche zur Theodizee*. In: Höver, Gerhard (Hg.): *Leiden*. 27. Internationaler Fachkongress für Moralthologie und Sozialethik 1995. Münster/W., 189–207.

praktisch-authentische Theodizee nennt – also ein Zusammenstehen mit den Leidenden und Ringenden, Beisein und Dabeibleiben auch und gerade dann, wenn sie in schwerste Bedrängnis geraten. Was das in Situationen der Corona-bedingter Isolation und Vereinsamung bedeutet, wird in den Zeiten von Corona schmerzhaft bewusst. Und das belegt, dass auch diese Theodizee immer offen bleibt.

Die eigene Professionalität als Gestaltsal aufzufassen, die sich bei allem redlichen Bemühen um das Wohl von Menschen dennoch der eigenen Begrenztheit, Verletzlichkeit und Versehrbarkeit bewusst bleibt, könnte hier die Grundfigur eines *beredten Schweigens* empfehlen. Ein beredtes Schweigen wäre zunächst der Verzicht auf Rationalisierungsversuche – buchstäblich auf ‚Teufel komm raus‘; wäre das Eingeständnis eigener Ratlosigkeit. Es wäre aber kein *verschämtes* Schweigen, das sich eines eigenen Versagens schämt, sondern darin *beredt*, dass es Raum eröffnet für Klage und Anklage der Leidenden und beide nicht sofort wieder unterdrückt. Für diese Grundfigur gibt es sogar ein biblisches Urbild: *Hiob* und seine Freunde. Hiob gilt bis heute als Symbol des unverständlich und ungerechtfertigt Leidenden. Ihm ist in der Bibel ein eigenes Buch gewidmet, in dessen Mittelpunkt sein Hadern und Ringen mit seinem Gott steht. Bemerkenswert ist hier die Rahmenerzählung. Drei Freunde suchen ihn in seinem Leiden auf und versuchen ihn – ganz in bekannter Manier – von der Sinnhaftigkeit seines Leidens zu überzeugen. Doch bevor sie gegenüber Hiob für eine pönalisierende Auslegung argumentieren, auf der Gerechtigkeit des konsequent agierenden Gottes beharren und daher auf Hiobs wie auch immer gelagerte Schuld schließen, schweigen sie mit Hiob – ganze sieben Tage, also in der biblischen Bildsprache eine ganze Ewigkeit lang. Damit eröffnen Hiobs Freunde ihm den so notwendigen Raum für dessen verzweifelt Ringen mit Gott – und zwar nicht aus taktischen, sondern aus solidarischen, aus mitleidenden Gründen (Ebach 1991).

Ein solches *beredtes Schweigen* dürfte vermutlich die einzige Antwortmöglichkeit andeuten, die theologisch redlich wie menschlich zumutbar ist. Es stellte die eigene Ratlosigkeit nicht zur Schau, sondern ließe dem religiösen Ringen um die Frage nach dem Sinn von Leid nur deren ehrliche Blöße. Auch das ist Teil der Versehrbarkeit und Verletzlichkeit menschlicher Lebenswelt.

Literatur

Ability watch (2020): Fachgesellschaften veröffentlichen ethisch und verfassungsrechtlich fragwürdige COVID19-Empfehlungen.
<https://abilitywatch.de/2020/03/30/fachgesellschaften-veroeffentlichen-ethisch-und-verfassungsrechtlich-fragwuerdige-covid19-empfehlungen/> (zuletzt abgerufen am 13.6.2020)

Baker, R./Strosberg, M. (1992): Triage and Equality: An Historical Reassessment of Utilitarian Analyses of Triage. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 2/2, S. 103–123.

Baylis, F./Kofler, N. (2020): COVID-19 Immunity Testing: A Passport to Inequity.
<https://www.geneticsandsociety.org/article/covid-19-immunity-testing-passport-inequity-0> (zuletzt abgerufen am 17.8.2020)

Bogner, A. (2015): Ethisierung von Technikkonflikten. Vom Konsensmodell zum Deliberationsmodell der Politikberatung, in: Ch. Albrecht (Hrsg.): *Ethik und wissenschaftliche Politikberatung*. Baden-Baden, S. 45–58.

Brune, J. P. (2002): Dilemma. In: Düwell, Marcus u.a. (Hg.): *Handbuch Ethik*, Stuttgart/Weimar: Metzler, S. 325–331.

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe/Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin (o.J.): Primäres Ranking zur Initialen Orientierung im Rettungsdienst PRIOR®. <https://www.dgkm.org/PRIOR> (zuletzt abgerufen am 11.6.2020)

Bundesärztekammer (2020): Orientierungshilfe der Bundesärztekammer zur Allokation medizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV_2 Pandemie im Falle eines Kapazitätsmangels.
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/BAEK_Allokationspapier_05052020.pdf (letzter Abruf 15.5.2020)

Bundesverfassungsgericht (2006): Entscheidung des Ersten Senats zur Nichtigkeit des Luftsicherheitsgesetzes.
http://www.bverfg.de/e/rs20060215_1bvr035705.html (zuletzt abgerufen am 17.8.2020)

Christ, M. et al (2010): Triage in der Notaufnahme. Moderne evidenzbasierte Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit. In: *Deutsches Ärzteblatt* 107/ 50, S. 892–898.

Deutsche Bischofskonferenz (2003): *UnBehindert Leben und Glauben teilen*. Wort der deutschen Bischöfe zum europäischen Jahr der Menschen mit Behinderung. Bonn.

Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin (DBKM) (o.J.): Primäres Ranking zur Initialen Orientierung im Rettungsdienst PRIOR®.
<https://www.dgkm.org/sites/default/files/PRIOR%20Flyer.pdf> (zuletzt abgerufen am 25.5.2020)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) u.a. (2020): Empfehlungen zur Unterstützung von belasteten, schwerstkranken, sterbenden und trauernden Menschen in der Corona-Pandemie aus palliativmedizinischer Perspektive. <https://www.dgpalliativmedizin.de/dgp-aktuell/> (zuletzt abgerufen am 13.4.2020)

Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) u.a. (2020): Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie. Klinisch-ethische Empfehlungen. (Fassung vom 25.3.2020) https://aem-online.de/fileadmin/user_upload/COVID-19_Ethik_Empfehlung-v2.pdf (zuletzt abgerufen am 13.4.2020)

Deutscher Ethikrat (DER) (2020a): Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise. AD-HOC-Empfehlung. Berlin. https://www.ethikrat.org/publikationen/publikationsdetail/?tx_wwt3shop_detail%5Bproduct%5D=135&tx_wwt3shop_detail%5Baction%5D=index&tx_wwt3shop_detail%5Bcontroller%5D=Products&cHash=a37377aedcc6b8b131fce9a9146f9095 (zuletzt abgerufen 13.4.2020)

Ebach, J. (1991): Gott und die Normativität des Faktischen. Plädoyer für die Freunde Hiobs. In: Schibilsky, Michael (Hg.): Kursbuch Diakonie, Neukirchen-Vluyn 1991, S. 161–172.

Eberle, H. (1980): Triage. In: Lanz, R./Rossetti, M. (Hg.) Katastrophenmedizin. Stuttgart, S. 29–33.

Forum behinderter Juristinnen und Juristen (2020): Stellungnahme zu den Empfehlungen der Fachverbände für den Fall einer Triage. https://www.teilhabetgesetz.org/media/Ottmars_Dateien/200406_FbJJ_Stellungnahme_Triage.pdf (letzter Abruf am 15.5.2020)

Habermas, J. (1986): Moralität und Sittlichkeit. Treffen Hegels Einwände gegen Kant auch auf die Diskursethik zu? In: Kuhlmann, Wolfgang (Hg.): Moralität und Sittlichkeit. Das Problem Hegels und die Diskursethik. Frankfurt/M., S. 16–37.

Heinemann, Th. u.a. (2020): Covid-19. Ethische Empfehlungen über Beginn und Fortführung einer intensivmedizinischen Behandlung bei nicht ausreichenden Behandlungskapazitäten. Vallendar. https://www.pthv.de/fileadmin/user_upload/ALTE_ORDNER/PDF_Theo/Ethik-Institut/%C3%96ffentlichkeitsarbeit/Stellungnahme_Covid-19_Heinemann_Proft.pdf (zuletzt abgerufen am 11.6.2020)

Illhardt, F.J. (2001): Die Triage – ein Stachel im medizinischen Ethos der Entscheidung. In: *zfme* 47, S. 193–199.

Kant, I. (1968): Grundlegung zur Metaphysik der Sitten = Theorie-Werkausgabe VII hrsg. v. W.Weischedel. Frankfurt/M.

Kettner, M. (1992): Bereichsspezifische Relevanz. Zur konkreten Allgemeinheit der Diskursethik, in: K.-O. Apel/Ders. (Hrsg.), *Zur Anwendung der Diskursethik in Politik, Recht und Wissenschaft*. Frankfurt/M., S. 317–348.

Lewkowicz, M./Lob-Hüdepohl, A. (Hg.) (2003): *Spiritualität in der sozialen Arbeit*. Freiburg/Brsg.

Lob-Hüdepohl, A. (1994): Tragische Entscheidungen? Karl Rahner Logik existentieller Entscheidungen im Lichte moraltheologischer Gegenwartsdiskussion. In: Delgado, Mariano u.a. (Hg.): *Theologie als Erfahrung der Gnade*. Berlin, S. 198–232.

Lob-Hüdepohl, A. (2020c): Messen welcher Wirkung? Normativ-handlungstheoretische Vorbemerkungen zur Wirkungsmessung sozialprofessioneller Interventionen. In: Eurich, J./Lob-Hüdepohl, A. (Hg.): *Wirkungskontrolle in der Arbeit mit Menschen in Behinderung?* Stuttgart, S. 50–67.

Lob-Hüdepohl, A. (2017): Basale religiöse Kompetenz – ein menschenrechtliches Muss!? Ein professionsethischer Klärungsversuch. In: Nauerth, M. u.a. (Hg.): *Religionssensibilität in der Sozialen Arbeit. Positionen, Theorien, Praxisfelder*. Stuttgart, S. 157–169.

Lob-Hüdepohl, A. (2020a): Von ‚höherer Dringlichkeit‘ zur ‚besseren Erfolgsaussicht‘. Gefährliche Akzentverschiebungen bei aktuellen Triage-Kriterien. In: Sass, H.-M./Wösler, M. (Hg.): *Ethik und Medizin in Zeiten von Corona*. Münster/Westf. i.E.

Lob-Hüdepohl, A. (2020b): Politische Ethikberatung als Ort ‚Öffentlicher Moraltheologie‘. Einige systematisierende Anmerkungen. In: ders. u.a. (Hg.): *Moraltheologie und Universität = Jahrbuch Moraltheologie 4*, Freiburg/Brsg. i.E.

Lübbe, W. (2001): Veralltäglicung der Triage? Überlegungen zu Ausmaß und Grenzen der Opportunitätsorientierung in der Katastrophenmedizin und ihrer Übertragbarkeit auf die Alltagsmedizin. In: *Ethik Med* 13, S. 148–160.

Lübbe, W. (2020): Corona-Triage – Ein Kommentar zu den anlässlich der Corona-Krise publizierten Triage-Empfehlungen der italienischen SIAARTI-Mediziner. In: *zfme* 66, S. 241–244.

Kettner, M. (1992): Bereichsspezifische Relevanz. Zur konkreten Allgemeinheit der Diskursethik, in: K.-O. Apel/Ders. (Hrsg.), *Zur Anwendung der Diskursethik in Politik, Recht und Wissenschaft*. Frankfurt/M., S. 317–348.

Metz, J. B. (1992): Die Rede von Gott angesichts der Leidensgeschichte der Welt. In: Lutz-Bachmann, Matthias u.a. (Hg.): *Gottesnamen. Gott im Bekenntnis der Christen*. Berlin, S. 180–192.

Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration des Landes Baden-Württemberg (2016): *Konzeption des Ministeriums für Inneres, Digitalisierung und Migration für die Einsatzplanung und Bewältigung eines Massenankomms von Verletzten (ManV-Konzept)*

https://www.lfs-bw.de/Fachthemen/RechtOrganisation/Documents/Richtlinien_Hinw

eise/Einsatz_Uebungsbetrieb/ManV_Konzept_2016.pdf (zuletzt abgerufen am 25.5.2020)

Nacoti, M. u.a. (2020): At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. In: NEJM Catalyst. Online-Veröffentlichung am 21.3.2020.
<https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080> (zuletzt abgerufen am 17.8.2020)

Oser, F. (1997): Abschied von der Heldenmoral. In: Vierteljahreszeitschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete 66, S. 224–246.

Pröpper, Th. (1993): Fragende und Gefragte zugleich. Notizen zur Theodizee. In: Ders. u.a. (Hg.): *Erinnern und Erkennen*. Düsseldorf 1993, S. 61-72.

Radtko, P. (2020): „Wir werden aus diesem Dilemma nicht schuldfrei herauskommen“ (Zeit vom 11.5.2020)
<https://www.zeit.de/zustimmung?url=https%3A%2F%2Fwww.zeit.de%2F2020%2F20%2Fpeter-radtko-coronavirus-krise-gesundheitssystem> (zuletzt abgerufen am 29.5.2020)

Rawls, J. (1979): *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Frankfurt/M.

Reiter-Theil, S./Albisser Schleger, H. (2007): Alter Patient (k)ein Grund zur Sorge? Ethische Fragen im Lichte empirischer Daten. In: *Notfall Rettungsmed* 10, S. 189–196.

Vöneky, S. (2009): Ethische Experten und moralischer Autoritarismus, in: Dies. u. a. (Hrsg.), *Legitimation ethischer Entscheidungen im Recht*. Berlin, S. 85–97.

Sass, H.-M. (2007): *Medizinische Ethik bei Notstand, Krieg und Terror. Verantwortungskulturen bei Triage, Endemie und Terror*. Bochum 5.A.

Schmidt, V. H. (1996): Veralltäglicung der Triage. In: *Zeitschrift für Soziologie* 25/6, S. 419–437.

Schoeller, A./Fuchs, Ch. (2011): Triage bei Influenzapandemie. Wer kann versorgt werden? In: *Deutsches Ärzteblatt* 108/4, A157–A160.

Tillyard, A. (2010): Reorganising the pandemic triage processes to ethically maximise individuals' best interests. In: *Intensive Care Med* 36, S. 1966–1971.

Wuermeling, H.-B. (2001): Triage. In: *zfme* 47, S. 133–137.

Über den Autor

Andreas Lob-Hüdepohl (geb. 1961), Dr. theol., seit 1996 Professor für das Lehrgebiet Theologische Ethik an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB), von 1997 bis 2009 deren Rektor; 2009-2011 Präsident der Katholischen Universität (KU) Eichstätt-Ingolstadt; 2016 Berufung in den Deutschen Ethikrat durch den Präsidenten des Deutschen Bundestages, Prof. Dr. Norbert Lammert. Gründungsmitglied des ICEP; seit 2014 Geschäftsführer. Arbeitsschwerpunkte: Ethik Sozialer Arbeit als Menschenrechtsprofession; Heilpädagogische Ethik; Ethik des Sozialstaats und Theologische Ethik.

Über www.ethikjournal.de

EthikJournal ist eine Onlinezeitschrift für Ethik im Sozial- und Gesundheitswesen. Ausgehend von aktuellen Themen werden grundlegende theoretische und handlungsorientierte Fragen zur Diskussion gestellt. Die Zeitschrift erscheint online zu jedem 15. April und 15. Oktober eines Jahres. Herausgeber der Zeitschrift ist das Berliner Institut für christliche Ethik und Politik (ICEP).

ISSN 2196-2480

Zitationsvorschlag

Lob-Hüdepohl, A. (2020): Tragische Entscheidungen in Zeiten von Corona. Erste Einschätzungen aus proffessionsethischer Sicht. In: EthikJournal Ausgabe 2020. Download unter: [Link zum pdf-Onlinedokument](#) (Zugriff am).