

Ethik in Zeiten von Corona¹

Ulrich H.J. Körtner

I. Die Corona-Pandemie als ethische Herausforderung und Bewährungsprobe

1. Die Krise infolge der Corona-Pandemie ist eine medizinische, politische, gesellschaftliche und ökonomische, aber auch eine ethische Herausforderung und Bewährungsprobe. Es geht dabei nicht nur um Fragen der Medizinethik, der Pflegeethik und der Ethik im Gesundheitswesen insgesamt. Die Corona-Krise berührt in einem ganz umfassenden Sinne sozialethische, aber auch individuelle, personalethische und umweltethische Aspekte.

2. Die Corona-Krise ist Brennpunkt und zugleich Katalysator und Trigger von globalen, aber auch regionalen gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen. In ihr treten auch Stärken und Schwächen gesellschaftlicher Teilsysteme hervor, zum Beispiel im Gesundheitswesen und im Bereich der Pflege, insbesondere in der Altenpflege und -betreuung, aber auch im Bereich der Behindertenarbeit. „Die übliche benachteiligte Behandlung der Altenhilfe hat die Corona-Krise bestätigt. Die Pflegekräfte haben lange ohne die notwendige Schutzkleidung auskommen müssen, was die Stimmung gedrückt hat, die Sorge um die eigene Gesundheit und die der Hochbetagten aber auch der eigenen Familie durch zu wenig Hygiene- und Schutzmaßnahmen hat zusätzlich belastet und zu Konflikten geführt.“ (Christa Schrauf)

3. Des öfteren war zu hören, die Corona-Pandemie sei ein geradezu demokratisches Phänomen, weil das Covid-19-Virus unterschiedslos alle Menschen auf allen Kontinenten befallt, Arme und Reiche, Alte und Junge. Tatsächlich ist das Risiko, an Covid-19 zu erkranken und zu sterben, nicht nur weltweit, sondern auch innerhalb Europas und selbst innerhalb der einzelnen europäischen Länder ungleich verteilt. Das gesundheitliche Risiko ist nicht nur abhängig vom Lebensalter oder von Vorerkrankungen, sondern auch von sozialen Faktoren wie Einkommen, beruflicher Stellung, Wohnverhältnissen etc. Auch die ökonomischen Folgen – zum Beispiel Kurzarbeit und Arbeitslosigkeit – und die Folgen der gesundheitspolitischen Strategie zur Eindämmung der Pandemie im Bildungswesen (Kitas, Schulen, Universitäten) verteilen sich in der Gesellschaft sehr unterschiedlich. Auch der Genderaspekt fällt ins Gewicht. Soziologen stellen zum Beispiel eine „Re-Traditionalisierung“ geschlechtsbezogener Rollenbilder in der Corona-Krise fest.

4. Die Corona-Krise wirft auf vielfältige Weise Gerechtigkeitsfragen auf. Und sie verschärft die Lage von besonders vulnerablen und marginalisierten Bevölkerungsgruppen. Das sind Herausforderungen, denen sich die Diakonie immer schon stellt. Ihre Grundsätze und ihr Selbstverständnis sind gerade jetzt in besonderer Weise gefordert. Wie stehen Anspruch und Wirklichkeit diakonischer Arbeit zueinander? Wie weit gelingt es diakonischen Einrichtungen und Unternehmen, ihre christlich geprägten Grundsätze sozialer Arbeit auch in einer Extremsituation wie der Corona-Pandemie mit Leben zu erfüllen?

II. Die Aufgabe von Kirche und Diakonie in Zeiten von Corona

¹ Vortrag im Rahmen des Online-Seminars „Ethik in Zeiten von Corona“ des Kaiserswerther Verbandes am 20.5.2020.

5. Die Corona-Krise ist auch ein Stresstest und eine Bewährungsprobe für Theologie und Kirche. Im Ausnahmezustand entdeckten Gesellschaft und Politik, wie wichtig nicht nur Ärzte und Pflegekräfte, sondern auch Polizisten, Soldaten und Verkäuferinnen sind. Ihnen wurde öffentlich applaudiert. Von Pfarrern und Pfarrerinnen war nicht die Rede. Vom Lockdown gab es für die Kirchen und andere Religionsgemeinschaften keine Ausnahmen. Religion, so die Lehre der zurückliegenden Monate, ist in der säkularen Gesellschaft nicht „systemrelevant“. Kirchen, Synagogen und Moscheen wurden geschlossen, öffentliche Gottesdienste und das Freitagsgebet untersagt, während Baumärkte und Gartencenter geöffnet blieben oder gleich nach Ostern wieder aufsperrten durften. Religiöse Familienfeiern mussten weitgehend unterbleiben, Trauungen und Taufen verschoben werden. Beerdigungen durften nur im engsten Familienkreis stattfinden, und die Klinikseelsorge wurde vielfach aus den stationären Einrichtungen ausgesperrt, es sei denn, sie ist fester Bestandteil des Behandlungsteams. Manche Seelsorger in Rufbereitschaft mussten freilich auch die kränkende Erfahrung machen, von Angehörigen gar nicht gerufen zu werden.

6. In der Corona-Krise besteht nicht nur ein Bedarf an ethischer Orientierung, sondern auch an religiöser Orientierung und Sinngebung. Die globalen Auswirkungen der Corona-Pandemie lassen sich noch gar nicht ganz abschätzen. Vor ihrer theologischen Überhöhung aber möchte ich warnen. „Not“ – da hat der österreichische Schriftsteller Karl-Markus Gauß recht – „ist kein spirituelles Erweckungserlebnis und die Krise keine moralische Erziehungsanstalt“ (Interview in der „Presse“ vom 28. März). Und doch kann auch in einer säkularen Gesellschaft vom Evangelium eine befreiende Kraft ausgehen. Auch schafft der Verlust an Systemrelevanz für Theologie und Kirche neue Freiräume und ist nicht bloß zu beklagen. Schließlich geht das Reich Gottes nicht in bestehenden Gesellschaftssystemen und ihrer Optimierung auf, sondern es transzendiert und durchbricht diese.

7. Der Mensch lebt nicht von Brot und medizinischer Versorgung allein. Auch Kultur und Kunst sind wichtige Lebensmittel. Der Glaube ist kein Muss. Er bleibt aber eine Option (Charles Taylor, Hans Joas), wie auch Gott nicht notwendig, sondern – mit Eberhard Jüngel gesprochen – mehr als notwendig ist und unseren Wirklichkeitssinn gerade dadurch schärft, dass er uns mit Möglichkeitssinn begabt. Selbst in einer Minderheitenposition sind Theologie und Kirche berufen, der Welt als Gottes Schöpfung zugewandt zu bleiben.

8. Kirche und Diakonie haben die Aufgabe, der Welt durch ihre Verkündigung wie durch ihr praktisches Tun das Evangelium und Gottes bedingungslose Hinwendung zu den Menschen und zu seiner Schöpfung zu bezeugen. Das Evangelium ist eine Ressource des Glaubens, der Liebe und der Hoffnung, nicht nur der Resilienz, sondern auch der Solidarität und Zuwendung zu den Menschen, die unserer Hilfe bedürfen. Die biblische Botschaft in Zeiten von Corona lässt sich mit einem Satz aus dem 2. Timotheusbrief auf den Punkt bringen: „Gott hat uns nicht gegeben den Geist der Furcht, sondern der Kraft und der Liebe und der Besonnenheit“ (2Tim 1,7).

III. Christliche Ethik

9. Aus diesem Geist schöpft auch jede christliche Ethik. Christliche Ethik ist eine vom Geist der Liebe geleitete Verantwortungsethik. Die evangelische Sicht von Verantwortung hängt unmittelbar mit dem Glauben an die Rechtfertigung des Sünders allein durch den Glauben zusammen. Auf ihr beruht die Unterscheidung von Person und Werk, welche vom Zwang der Selbstrechtfertigung befreit – und gerade so zur Übernahme von Verantwortung befähigt. Die

Wahrnehmung und Übernahme von Verantwortung geschieht nicht nur im Wissen darum, dass Menschen scheitern können, sondern auch im Vertrauen darauf, dass uns vergeben wird.

10. Verantwortungsethik im christlichen Sinne ist keine kasuistische Gesetzesethik, sondern setzt auf die Eigenverantwortung dessen, der sich gerade in seiner Freiheit vor Gott gestellt sieht. Menschen sind nicht nur irrtumsfähig und fehlbar, sie können auch bei allem guten Willen schuldig werden.

11. Neben Liebe und Verantwortung steht die Freiheit als Grundbegriff evangelischer Ethik. Das biblische Evangelium ist in seinem Kern eine Botschaft der Freiheit. „Zur Freiheit hat uns Christus befreit!“ schreibt Paulus in Gal 5,1 und warnt davor, die stets gefährdete Freiheit des Glaubens durch eine neue Gesetzlichkeit zu verspielen. Das Christentum ist die Religion der Freiheit, und alle Kirchen wie auch diakonische Einrichtungen sind daran zu messen, inwieweit sie eine Institution der Freiheit sind. Das in Theorie und Praxis neu zur Geltung gebracht zu haben, ist die bleibende Bedeutung der Reformation.

12. 1520 veröffentlichte Luther seine Schrift „Von der Freiheit eines Christenmenschen“. Sie beginnt mit einer paradox anmutenden Doppelthese, die es in sich hat: „Ein Christenmensch ist ein freier Herr über alle Dinge und niemandem untertan. Ein Christenmensch ist ein dienstbarer Knecht aller Dinge und jedermann untertan.“ Freiheit im biblischen und reformatorischen Sinne ist eben nicht mit schrankenlosem Individualismus und dem vermeintlichen Recht des Stärkeren zu verwechseln, sondern sie ist stets mit Verantwortung gegenüber Gott und den Mitmenschen gepaart und kann nur im Geist der Gottes- und Nächstenliebe gelebt werden.

IV. Menschenwürde, Freiheit und Verantwortung

13. In der zweiten Phase der Corona-Pandemie wird es sehr darauf ankommen, wie Freiheit und Verantwortung in ein ausgewogenes Verhältnis gebracht werden können. Die Freiheit zum Leben und die Würde des Menschen, die nicht gegen andere Güter aufgerechnet werden darf, schließen die Freiheit zum Sterben ein, das heißt auch die Freiheit zu selbstverantwortlich eingegangenen gesundheitlichen Risiken. Werden Leben und Gesundheit abstrakt zum höchsten Gut erklärt, ist die unausweichliche Folge ein Paternalismus, der zur Bevormundung und Entmündigung von Menschen führt. Der lobenswerte Grundsatz, besonders gefährdete Personengruppen vor Covid-19 zu schützen, darf nicht zur Bevormundung von Patienten und Bewohnern führen, die am Ende vor sich selbst zu Tode geschützt werden, weil das nackte Überleben mit dem sozialen Tod, der unverhältnismäßigen Einschränkung von Besuchs- und Freiheitsrechten erkaufte wird.

14. Die Maßnahmen zur Bekämpfung der Corona-Pandemie haben nicht nur Menschenleben gerettet, sondern sind auch mit gesundheitlichen Nachteilen und sogar Schäden erkaufte worden. Man denke an Patienten, die bei Herzinfarktverdacht nicht zum Arzt oder in die Klinikambulanz gegangen sind, an verschobene OPs oder an psychische Folgen der wochenlangen Isolation, eine Verschlimmerung der Verwirrtheit bei Menschen mit Demenz oder die Verschlechterung des Allgemeinzustandes von Bewohnern und Bewohnerinnen von Einrichtungen der Altenhilfe infolge der Infektionsschutzmaßnahmen.

15. Nach christlichem Verständnis hat jeder Mensch die gleiche Würde, die es verbietet Menschenleben gegeneinander aufzuwiegen. Der utilitaristische Ansatz des größtmöglichen

Nutzens für die größtmögliche Zahl an Menschen steht dazu im Widerspruch. Dennoch kann es im Leben immer wieder zu Zielkonflikten kommen, etwa wenn Leben gegen Leben steht.

16. Bundestagspräsident Wolfgang Schäuble, ein bekennender evangelischer Christ, hat in einem Interview erklärt: „Aber wenn ich höre, alles andere habe vor dem Schutz von Leben zurückzutreten, dann muss ich sagen: Das ist in dieser Absolutheit nicht richtig. Grundrechte beschränken sich gegenseitig. Wenn es überhaupt einen absoluten Wert in unserem Grundgesetz gibt, dann ist das die Würde des Menschen. Die ist unantastbar. Aber sie schließt nicht aus, dass wir sterben müssen.“ Und er ergänzte: „Der Staat muss für alle die bestmögliche gesundheitliche Versorgung gewährleisten. Aber Menschen werden weiter auch an Corona sterben.“ Diese Sätze sind nicht in einem utilitaristischen Sinn zu verstehen. Sie weisen aber zu Recht auf eine Grundaporie moderner Medizin und staatlicher Gesundheitsvorsorge hin.

17. In der nun eingetretenen Phase der Pandemie, in der massiv Lockerungen der Maßnahmen gefordert werden und auch der politische Streit über den richtigen Weg an Schärfe gewinnt, entsteht folgendes Problem: Die Eigenverantwortung wird in erster Linie für das persönliche Leben gesehen und nicht mehr gleich in starkem Maße für die Gemeinschaft und das Gemeinwohl. Dabei könnte man ja sagen, es ist in wohlverstandener Eigeninteresse, sich auch solidarisch zu zeigen.

18. Die Grenzen meiner Freiheit und meines Rechtes auf für mich riskantes und möglicherweise selbstschädigendes Verhalten sind dort erreicht, wo mein Verhalten andere Menschen in Gefahr bringt. Auch ist zu bedenken, dass wir in der heutigen Gesellschaft gerade um unserer freiheitlichen Lebensführung willen auf einen starken Sozialstaat und ein funktionierendes Gesundheitswesen angewiesen sind. Um ein funktionsfähiges Gesundheitssystem aufrecht zu erhalten und damit die einzelnen Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen funktionsfähig bleiben, sind Einschränkungen der individuellen Freiheit nicht nur rechtlich, sondern auch ethisch zulässig. Es ist aber je nach Verlauf der Pandemie die Verhältnismäßigkeit solcher Einschränkungen zu überprüfen und zu korrigieren.

19. Menschenwürde und das Recht auf Leben gehören unmittelbar zusammen. Während das Recht auf Leben ursprünglich als Abwehrrecht gedacht ist, hat es sich aufgrund des medizinischen Fortschritts immer mehr zu einem Teilhaberecht gewandelt. Recht auf Leben bedeutet nun auch den Anspruch des Individuums auf eine optimale Gesundheitsversorgung. Gesundheit ist ein Individualrecht und individuelles Gut. Im Fall des Seuchenschutzes wird sie aber auch als überindividuelles Gut verstanden. In welchem Ausmaß aber kann Gesundheit als Kollektivgut rechtlich und ethisch definiert werden? Als individuelle Abwehrrechte schließen Grundrechte wie das Recht auf Leben und das Recht auf Privatsphäre nicht nur den Schutz vor Angriffen oder Übergriffen Dritter ein, sondern auch den Schutz *vor* dem Staat ein. Wie weit reicht aber der Anspruch auf Schutz *durch* den Staat vor einer kollektiven Bedrohung oder auch durch rücksichtsloses, fremdschädigendes Handeln Dritter? Beispiel: Impfpflicht bei Masern. Wäre eine Impfpflicht auch bei Covid-19 denkbar? Generelle oder für bestimmte Personengruppen (z.B. Angehörige von Gesundheitsberufen)?

20. Das Covid-19-Virus wird nicht wieder verschwinden wie ein Wintersturm, sondern es ist gekommen, um zu bleiben. Wir werden lernen müssen, mit ihm zu leben, zumal mit einer weiteren Infektionswelle zu rechnen ist. Solange es keine wirksamen Medikamente und keinen Impfstoff gibt, dauert der Stresstest an.

V. Allokationsprobleme

21. Gesundheit ist gewiss nicht alles im Leben, aber ohne eine funktionierende Gesundheitsversorgung, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen kann auch die Wirtschaft nicht bestehen. Ohne eine florierende Wirtschaft kann freilich auch das bestehende Gesundheitssystem nicht erhalten werden. Zu seinem Erhalt gehört auch, die Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen aufrecht zu erhalten. Die Konzentration auf Bettenkapazitäten für Corona-Patienten und die zeitweilige Schließung von Stationen hat zu erheblichen Einnahmeausfällen in Kliniken geführt.

22. In der ersten Phase der Pandemie wurde auch über allfällige Triage-Entscheidungen diskutiert. Fachgesellschaften haben Leitlinien für Triage-Entscheidungen im Kontext der Corona-Pandemie ausgearbeitet. Auch der Deutsche Ethikrat hat zu dieser Frage Stellung bezogen. Priorisierung und Triage sind Beispiele für die generell im Gesundheitswesen erforderliche Allokation, d.h. Zuteilung knapper Ressourcen an potenzielle Nutzer. Allokationsfragen im Gesundheitswesen stellen sich nicht nur in Verbindung mit der Corona-Pandemie. Ihre transparente Diskussion ist eine demokratiepolitische Aufgabe, an der sich auch Kirche und Diakonie zu beteiligen haben.

23. Man unterscheidet drei Ebenen der Allokation:

- ▶ Makroebene
- ▶ Mesoebene
- ▶ Mikroebene

Aus medizinethischer Sicht sollten Allokationsentscheidungen möglichst weit weg vom einzelnen Patienten getroffen werden. Das gilt auch für die Versorgungslage in der COVID-19-Pandemie. Zunächst gilt es, die Situation knapper Ressourcen durch geeignete Allokationsmaßnahmen zu entschärfen, etwa durch Verlegung von Patienten, die keine Intensivtherapie benötigen, auf eine Intermediate Care Unit oder auf eine Normalstation. Grundsätzlich erfordert Allokation nicht nur *Rationalisierung*, sondern auch *Rationierung*. Dabei ist zu beachten, dass es nicht nur Phänomene der Unterversorgung, sondern auch der Überversorgung und der Fehlversorgung gibt, die sich nicht nur auf das Gesamtsystem unter medizinökonomischen Gesichtspunkten, sondern auch auf das individuelle Patientenwohl nachteilig auswirken können.

24. Grundlegende Prinzipien für Priorisierungsentscheidungen sind (1) das Prinzip der Gerechtigkeit (Fairness) sowie die Prinzipien der (2) Patientenautonomie und der (3) Menschenwürde. Weitere Kriterien sind (4) die Überlebenschancen und der klinischen Erfolgsaussicht, aber auch, soweit bekannt, (5) der Patientenwillen.

25. Zu ethischen Kriterien für Priorisierungs- und Triage-Entscheidungen heißt es in den Empfehlungen der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und der in Göttingen ansässigen Akademie für Ethik in der Medizin (AEM): „Eine Priorisierung ist aufgrund des Gleichheitsgrundsatzes nicht vertretbar nur innerhalb der Gruppe der COVID-19-Erkrankten und nicht zulässig allein aufgrund des kalendarischen Alters oder aufgrund sozialer Kriterien.“ Das bedeutet im Klartext: Einerseits darf es keine Altersdiskriminierung geben. Die mutmaßliche Lebenserwartung nach der Gesundung ist für die Aufnahme auf eine Intensivstation unerheblich. Andererseits werden auch im Katastrophenfall Intensivbetten für andere Patienten benötigt, zum Beispiel für Unfallopfer, Herzinfarkt- und Schlaganfallpatienten oder frisch Operierte nach einem schweren Eingriff.

Das aber bedeutet, dass im Katastrophenfall auch nicht an COVID-19 erkrankte Patienten von der Triage betroffen sein können.

26. Ein besonderes Augenmerk ist weiter auf die Situation und Entwicklung in stationären Pflegeeinrichtungen zu richten. Es besteht die Gefahr, dass an COVID-19 erkrankte Bewohner zu rasch in Krankenhäuser verlegt werden. Hier bedarf es einer Vor-Triage, bei der im Sinne des *Advanced Care Planning* überprüft wird, ob ein Patient nicht in der Pflegeeinrichtung verbleiben und gegebenenfalls auch dort mit palliativer Begleitung versterben kann. Solche Entscheidungen bedürfen aber einer sorgfältigen Abwägung und Rechtfertigung, weil andernfalls für Pflegeheimbewohner das Alter zum Ausschlusskriterium würde. Das aber verstieße gegen das geltend gemachte Verbot der Altersdiskriminierung. Auch in diesem Fall ist multiprofessionelle klinische Ethikberatung wünschenswert, die nicht erst bei Einzelentscheidungen unterstützend wirken kann, sondern schon bei der Erstellung einer hausinternen Leitlinie.

VI. Ethische Kultur und Umgang mit Grenzerfahrungen und Schuld

27. Politiker wie Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachkräfte, aber auch Leitungspersonen in Krankenhäusern und diakonischen Einrichtungen müssen schwerwiegende Entscheidungen treffen, auch auf die Gefahr hin, das Falsche zu tun. Der deutsche Gesundheitsminister Jens Spahn hat vor einigen Wochen gesagt: „Wir werden in ein paar Monaten wahrscheinlich viel einander verzeihen müssen.“ Christliche Ethik weiß um die Grenzen des Ethischen, die Fehlbarkeit des Menschen, um Schuld, aber auch um Vergebung. Ich wünsche mir in Kranken- und Pflegehäusern in kirchlicher oder diakonischer Trägerschaft eine ethische Kultur, die von dieser Einsicht und vom Geist der Kraft, der Liebe und der Besonnenheit geprägt ist.

28. Konkret sollte sich dies in einer ethischen Beratungskultur niederschlagen, die wohl noch an vielen Stellen ausbaufähig ist. Das Klinikpersonal benötigt psychosoziale und seelsorgliche Begleitung, auch um mit möglichen Schuldgefühlen zurechtzukommen. Die Krankenhauseelsorge kann hier einen wichtigen Beitrag leisten. Ärzte und Pflegepersonen brauchen nicht nur Ethikberatung, sondern auch Trost und Beistand.

29. Die Pandemie führt den Menschen ihre Verletzlichkeit und Endlichkeit, auch die Verletzlichkeit einer hochkomplexen Gesellschaft und ihrer sozialen Systeme, vor Augen. Menschen suchen nicht nur nach praktischer Hilfe, sondern auch nach Halt und Trost. Ohne es immer so direkt auszusprechen, sehen sich doch viele Menschen nun mit der Frage konfrontiert, was ihr einziger Trost im Leben und im Sterben ist (Heidelberger Katechismus, Frage 1). Das fragen sich nicht nur Kranke oder Sterbende und ihre Angehörigen, sondern auch die Angehörigen der Gesundheitsberufe, die in Zeiten von Corona besonderen Belastungen ausgesetzt sind.

VII. Sterben in Zeiten von Corona

30. In der Phase des Lockdown sind die Eigentümlichkeiten und Mängel heutiger Sterbekultur besonders krass zutage getreten. Schon vor Jahrzehnten hat der Soziologe Norbert Elias die Einsamkeit der Sterbenden in der modernen Gesellschaft beschrieben. Dominiert der epidemiologische Blick das Handeln in der Corona-Krise, nimmt die Einsamkeit der Sterbenden auf Intensivstationen und in Pflegeeinrichtungen zu. Im Kampf gegen die

Pandemie droht bisweilen aus dem Blick zu geraten, dass wir alle einmal sterben müssen, ob mit oder ohne Corona.

31. Der Umgang mit dem Tod ist hochgradig paradox. Er ist Thema, wird aber gleichzeitig kaschiert. Einerseits steht außer Frage, dass alle Menschen sterben müssen. Die Medizin mag noch so große Fortschritte machen, am Ende beträgt die Todesrate doch immer 100 Prozent. Der Tod zur Unzeit soll aber vermieden werden. Der natürliche Tod ist in Wahrheit jedoch eine Utopie. Es herrscht die Vorstellung vor, die Menschen sollten möglichst alle ein hohes Alter erreichen und erst nach einem langen, erfüllten Leben sterben. Man wünscht sich den Tod als friedliches Erlöschen, das die Gesellschaft dann auch nicht mehr berührt. Der französische Historiker Philippe Ariès hat diese Idee als den „verwilderten Tod“ charakterisiert. In der Corona-Krise wurde der Tod hingegen als Feind und Drohung inszeniert: „Bald“, so sagte der österreichische Bundeskanzler Kurz, „wird jeder einen Menschen kennen, der an Corona gestorben ist.“

32. Ärzte und Pflegekräfte, die in den zurückliegenden Wochen viele Menschen an Covid-19 haben sterben sehen, sind mehr als sonst seelisch belastet. Wird unsere Sterblichkeit verdrängt, muss jeder Tote als Versagen empfunden werden. Das führt zu moralischem Stress beim klinischen Personal. Human ist eine Medizin, die das Sterben zulassen kann und den Tod nicht bloß als eine numerische Größe in den täglichen Corona-Statistiken behandelt.

33. Von Verstorbenen Abschied zu nehmen, gehört zu einem humanen Umgang mit dem Tod. Religiöse Trauerriten sind Bestandteil der Religionsfreiheit, die in der Phase des Containments stark beschnitten worden ist. Eingriffe in Grundrechte, zu denen auch das Besuchsrecht und der seelsorgliche Beistand für Kranke und Sterbende zählt, lassen sich in der Akutphase einer Pandemie rechtlich und ethisch rechtfertigen. Ihre Verhältnismäßigkeit ist aber fortlaufend zu überprüfen.

34. Übertriebene Maßnahmen, die das Recht auf Sterbebegleitung und ein würdevolles Abschiednehmen unterminieren, sind nicht zu rechtfertigen. Von an oder mit Covid-19 Verstorbenen geht laut Robert Koch Institut kein größeres Infektionsrisiko als von Influenzatoten aus, wird das Virus doch vor allem durch Tröpfcheninfektion übertragen. Tote atmen nicht. Werden übliche Hygienestandards eingehalten, spricht augenscheinlich grundsätzlich nichts dagegen, dass sich Hinterbliebene persönlich von Corona-Toten verabschieden – auch mit seelsorglicher Begleitung. Bei religiösen Riten ist allerdings darauf zu achten, dass das mögliche Infektionsrisiko beachtet wird. Mediziner raten, auf Berührungen des Leichnams oder rituelle Waschungen zu verzichten oder zumindest für eine ausreichende Schutzausrüstung zu sorgen.

VIII. Ausblick

35. Die Aufrechterhaltung des Gesundheitssystems wird mehr denn je eine gemeinsame kollektive Anstrengung. Wie gut es funktioniert, welche Therapien finanziert werden können und wie Kranke versorgt werden, ist in den wirtschaftlich harten Zeiten, die uns durch den Lockdown ganz sicher in der nächsten Zukunft erwarten, zu einer sehr großen Herausforderung geworden.

36. Beispielsweise lässt sich zur Forderung nach höherer Wertschätzung der Pflegefachkräfte rasch ein Konsens erzielen. Und natürlich ist es richtig, dass Anerkennung nicht nur durch öffentlichen Applaus, sondern auch durch bessere Bezahlung zum Ausdruck gebracht werden

muss. Solang aber unklar bleibt, wer die Mehrkosten für höhere Löhne tragen wird, sind Beschlüsse des Gesetzgebers, die Gehälter anzuheben, fragwürdig. Strukturelle Probleme in der stationären und ambulanten Pflege und insbesondere im Bereich der Altenhilfe lassen sich auch nicht allein mit Lohnerhöhungen lösen. Es braucht vor allem mehr Personal und Dienstpläne, die für die Pflege und Betreuung des einzelnen Patienten mehr Zeit vorsehen. Damit sind wir wieder bei den Allokationsfragen, die weiter oben (Nr. 22f.) angesprochen wurden.

37. Letztendlich müssen alle Bürgerinnen und Bürger mit ihren Steuergeldern für die Kosten des Lockdowns und der weiteren Bekämpfung der Corona-Pandemie aufkommen. Es ist zu hoffen, dass der Diskurs über Weichenstellungen nicht von wenigen Experten, sondern wieder öffentlich und transparent geführt werden wird. Hier ist auch die Diakonie als sozialpolitische Akteurin gefragt.

Literatur:

Akademie Ethik in der Medizin: Pflegeethische Reflexion der Maßnahmen zur Eindämmung von Covid-19 (Stand: 12.5.2020, https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/2020_05_12_Pflegeethische_Reflexion_Papier.pdf)

Körtner, U.: Ethische Leitlinien für die Triage im Kontext von COVID-19, in: Ärzte Woche, 34. Jg., 2020, Nr. 17, 23.4.2020, S. 12-14

Körtner, U.: Krankheit und Lebenssinn, in: Incendi exklusiv. Das Urtikaria Magazin, 2020, S. 59-60 (<https://urtikariaverband.eu/corona-spezial-1-20/>)

Körtner, U.: „Tod war eine Drohkulisse“. Im Lockdown wurden die Freiheitsrechte stark eingeschränkt [Interview: Karin Pollack], in: DER STANDARD, 8.5.2020, S. 4 (längere Online-Version: <https://www.derstandard.at/story/2000117345953/medizinethiker-koertner-der-tod-war-eine-drohkulisse>)

Anschrift des Autors:

Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich H.J. Körtner,

Vorstand des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien, Spitalgasse 2–4, Hof 2.8, 1090 Wien;

Institut für Systematische Theologie und Religionswissenschaft, Evangelisch-Theologische Fakultät, Universität Wien, Schenkenstr. 8–10, A-1010 Wien;

E-Mail: ulrich.koertner@univie.ac.at

Homepage: <http://etfst.univie.ac.at/ueber-uns/team/ulrich-koertner/>