

Tödliche Ethik. Über die Wiederkehr der Triage in der Pandemie

Hans Otto Röber

1. Deutschland am Ende des Corona-Jahres I

Das Covid-19-Virus hat nicht nur den vermeintlichen Gewissheiten über unser gesellschaftliches Naturverhältnis einen Schock verpasst, sondern ebenso ethische Gewissheiten in Frage gestellt. Vor allem die ethische Diskussion geriet in die Latenz, als im Sommer die Zahl der Infizierten zurückging und es euphorisch wurde: Wir haben die Lage im Griff, zumindest mehr als alle anderen Nationen. Wie schön! Dann kam der Herbst. Die Blätter fielen und die Zahl der Infizierten stieg auf eine Höhe, die sie seit Ausbruch der Pandemie hierzulande noch nie erklommen hatte. Die zweite Welle war da und mit ihr kam am 02.11. der Lockdown light. Damit war sie aber nicht zu brechen. Jetzt beginnt der Winter unseres Missvergnügens und seit dem 16.12. ein erneuter „harter“ (und bislang nur der Hoffnung nach nachhaltigerer) Lockdown. Lag die höchste gemessene Zahl der täglich Neuinfizierten in der ersten Welle bei 6933 am 27. März (Angabe nach WHO, Johns Hopkins University), liegt sie seit Wochen immer öfter über 20000 und erreichte am 11. Dezember mit 29875 den Höchststand vor dem aktuellen Lockdown (Bundesregierung mit Berufung auf RKI). Mit Beginn dieses zweiten Lockdowns am 16.12. ist mit 952 Toten die bisherige Höchstzahl in der Pandemie erreicht.

Noch im Oktober schien die objektive Lage in Teilen besser auszusehen als im Frühjahr: Die Deutsche Krankenhausgesellschaft sprach von einer Kapazität an Intensivbetten „weit über dem Niveau anderer europäischer Länder“ (8. Oktober 2020). Es gebe 30000 für Covid-19-Patienten geeignete, also mit einem Beatmungsgerät versehene Intensivbetten, ein knappes Drittel davon sei momentan frei. Hinzu kämen ausreichende Reserven (an Betten, nicht an Beatmungsgeräten), die im Notfall aktiviert werden könnten. Das war ein Unterschied zur Situation im März des Jahres, wo Krankenhäuser aufgefordert worden sind, in ihre Lager und Keller zu gehen und sie nach Betten, EKG- und Beatmungsgeräten zu durchforsten. Das schien den Erfolg der Krisenpolitik der Bundesregierung zu bestätigen. Ab dem Frühjahr bekamen die Krankenhäuser pro neu vorgehaltenem Intensivbett einen Zuschuss von 50000 Euro, insgesamt 629 Millionen Euro, so dass im Sommer die oben genannte Zahl an Intensivbetten erreicht worden war. Hinzu kam die Freihaltepauschale von 760 Euro für jedes frei gehaltene Bett, von der ironischerweise diejenigen Krankenhäuser profitierten, die wenig oder gar keine Covid-19-Patienten behandelten wie z. B. psychiatrische oder psychosomatische Kliniken. Aus diesem Topf flossen fast 9 Mrd. Euro.

Das waren aus heutiger Sicht Fehlanreize, die nur Scheinsicherheit erzeugten. Denn bereits vor Mitte Oktober wurde die gute Nachricht von der genügend großen Zahl an Intensivbetten entscheidend relativiert durch Sorgen im Blick auf die Ausstattung mit geschultem Personal. Wer sich noch an die Informationen aus Norditalien im März des Jahres erinnert, weiß, dass das zur Katastrophe treibende Problem nicht in einem Bettenmangel bestand, sondern im Mangel an Beatmungsgeräten und in einem Mangel an Personal, der durch Infektionen von Ärztinnen und Ärzten und von Angehörigen des Pflegepersonals verstärkt wurde. In Deutschland sollen nach Angaben der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) von Ende Oktober 3500 bis 4000 Fachkräfte im Bereich der Intensivpflege fehlen. Viele der im Lauf des Jahres von den Krankenhäusern gemeldeten Intensivbetten seien schlicht „nicht gepflegbar“, drückte es Prof. Dr. Stefan Kluge am 02.12. in der Sendung Plusminus des SWR aus. Das bereits in den 1960er Jahren gesichtete Gespenst des „Pflegetotstands“ hat sich längst als Wiedergänger entpuppt, der seine Energie aus dem System der Fallpauschalen bezieht. Mit dessen Wirkungen verglichen sind die Betrügereien von Krankenhäusern, die für drei Monate Beatmungsgeräte leasen, um den Bettenzuschuss kassieren zu können, Petitessen aus der Scherzkeksecke der Medizinethik.

Ende Oktober bewertete der Präsident des Robert-Koch-Instituts die Krisenlage als „sehr ernst“. Mittlerweile häufen sich solche Meldungen. Kliniken seien am „Limit“, sie stießen „an die Grenzen des Leistbaren“. Diese Sorgen gründen in der Entwicklung der Intensivbettenbelegung: Der Peak der wegen Covid-19 intensivmedizinisch behandelten Kranken in der ersten Welle war laut DIVI Intensivregister am 18. April mit 2933 Patientinnen und Patienten erreicht. Am Tag des zweiten „harten“ Lockdowns befanden sich 4826 Covid-19-„Fälle“ auf den Intensivstationen, die insgesamt mit 22530 Patientinnen und Patienten belegt sind. Ihnen stehen 4542 freie Betten gegenüber (bei sinkender Tendenz seit August und insbesondere seit dem 20. Oktober). Das scheint alles noch nicht dramatisch zu sein. Doch ist zu fragen, wie es um die „Betreibbarkeit“ dieser Betten wirklich bestellt ist. Die Klage über die „Grenzen des Leistbaren“ stammt aus dem Landkreis Görlitz, bezieht sich auf das Klinikum Oberlausitzer Bergland in Zittau und wird unterstrichen mit der Behauptung, dass die Kapazität von insgesamt 100 Betten auf den beiden eigens eingerichteten Covid-19-Intensivstationen aufgrund von Personalmangel nicht ausgeschöpft werden könne. In „Spitzenzeiten“ seien „rund“ 85 Betten belegt, von „rund“ 600 Intensiv-Pflegekräften des Klinikums seien „zurzeit“ mehr als 100 erkrankt oder in Quarantäne, sagte die Sprecherin des Klinikums gegenüber der FAZ (17.12.). Abhilfe sollen hier bekanntlich die je drei bis fünf Bundesländer übergreifenden Planungseinheiten und die landesinternen Leitstellen schaffen, die die regionale und gegebenenfalls überregionale Verlegung von Intensivpatienten bei lokalen Engpässen organisieren sollen. Das setzt aber die Transportfähigkeit der Patienten voraus, eine genügende Transportkapazität und eine möglichst geringe Dichte von Hotspots. Ob diese Bedingungen im Moment für Sachsen noch gegeben sind, wird bereits in Frage gestellt.

Mit dem Herbst kehrte auch ein zweiter Revenant zurück. – Zur Erinnerung: Am Morgen des 18. März 2020 gingen Fotos und Videos aus Norditalien um die Welt. Sie waren in der Nacht zuvor aufgenommen worden und zeigten Lastwagenkolonnen, die Särge von Corona-Toten aus Bergamo zu den Krematorien der Region transportierten, weil das Krematorium in Bergamo überlastet war. Sie wurden zu „Symbolbildern des Todes“. Schrecklicher als diese Bilder war das Nicht-Abbildbare. Man konnte darüber wenige Tage später in einem Interview mit einer Ärztin aus einem norditalienischen Krankenhaus lesen. Der Ressourcenmangel habe das medizinische Personal angesichts einer nicht mehr zu bewältigenden Zahl von Schwerkranken zu „sehr schweren Entscheidungen“ gezwungen, Entscheidungen, die nicht aus dem Willen der Beteiligten resultierten, sondern „weil die Situation eben war, wie sie war“: „Es ist vorgekommen, dass ich nur ein einziges Beatmungsgerät frei habe, und dass ich dann wählen muss zwischen einem jungen Mann von dreißig Jahren ohne Vorerkrankung und einem alten Menschen über achtzig mit vielen Problemen. Dann muss ich mich leider entscheiden, dem Jüngeren zu helfen. Dann muss ich den Älteren im Stich lassen.“ (Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 22.03.2020)

Es folgten Schreckensnachrichten aus dem Elsass: Um die genannte Entscheidung zu vermeiden, würden über 70 Jahre alte Patienten erst gar nicht an ein Beatmungsgerät angeschlossen, wenn zu erwarten sei, dass es in Kürze für einen jüngeren Patienten mit besseren Überlebensechancen gebraucht würde. In der ZDF Mediathek gibt es jetzt einen eindrucksvollen Bericht über einen 79-jährigen schwer an Covid-19 Erkrankten, bei dem das Krankenhaus im Elsass wegen Mangel an verfügbarem Sauerstoff die Beatmung einstellen wollte. Das hätte zu seinem Tod geführt. Nur der Beharrlichkeit, mit der seine Tochter eine Verlegung nach Nancy erzwungen hat, verdankt dieser Mann sein Überleben. (Der 3-minütige Bericht ist unter „heute journal vom 17.12.2020“ einzusehen.)

Die hier deutlich werdende ärztliche Entscheidung über Leben oder Tod wurde schnell mit einem französischen Namen belegt: Triage. Das klingt weich und weniger bedrohlich als der historisch belastete Begriff der Selektion, läuft aber in der Sache genau darauf hinaus. Das Wort ist eine Nominalisierung aus dem Verb *trier*: sortieren, auslesen.

Es dauerte nicht lang, bis deutsche Berufsverbände und andere Gremien und Institutionen das Problem aufgriffen und bearbeiteten. Am 25.03. veröffentlichten sechs medizinische Fachgesellschaften „klinisch-ethische Empfehlungen“ zu „Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und in der Intensivmedizin in der COVID-19 Pandemie“, zwei Tage später folgte die „Ad-hoc-Empfehlung“ des Deutschen Ethikrates zu „Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise“. Behindertenverbände und die katholische Bischofskonferenz nahmen im April Stellung, am 5. Mai veröffentlichte die Bundesärztekammer eine „Orientierungshilfe [...] zur Allokation medizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie im Falle eines Kapazitätsmangels“.

Im Oktober fanden dann wieder Beiträge zur Triage den Weg in die Medien, zuerst nur vereinzelt und scheinbar unvermittelt, z.T. auch hinter der Maske des „Trolley-Problems“, das den kritischen Kern der Triage-Frage in den Blick nimmt, nämlich dass es nur um negative Lösungen geht, d.h. um Entscheidungen, die zumindest für einen der davon Betroffenen einen tödlichen Ausgang nehmen. Eine Resonanz blieb aus. Das gilt auch für die von Katja Gelinsky im Auftrag der Konrad-Adenauer-Stiftung verfasste Übersicht über Triage-Empfehlungen in neun europäischen Ländern, obwohl auch sie unmissverständlich deutlich macht, dass es bei der Triage um nichts weniger als um die „Zuteilung von Überlebenschancen und Sterberisiken“ geht. Die kleine Studie moniert mangelnde Rechtssicherheit, insbesondere ein fehlendes Triage-Gesetzgebungsverfahren, verweist aber auch auf die Ankündigung des Bundesverfassungsgerichts, die Frage staatlicher Schutzpflichten im Blick auf Triage-Entscheidungen zu überprüfen. In dieselbe Richtung geht die Verfassungsbeschwerde, die die an Muskelatrophie erkrankte Richterin Nancy Poser Mitte November des Jahres beim Bundesverfassungsgericht eingereicht hat. Sie und ihr Anwalt Oliver Tolmein sehen in der Triage-Leitlinie der sechs medizinischen Fachgesellschaften mehrfach Grundrechte verletzt. Bei der dort vorgesehenen grundgesetzwidrigen Abwägung von Leben gegen Leben würden, so Posers Befürchtung, Alte, Gebrechliche und Behinderte „als Erste aussortiert“ werden (SWR, 17.11.2020). Mit ihrer Klage vor dem Bundesverfassungsgericht will sie eine gesetzliche Regelung des Verfahrens in genannten Mangelsituation erreichen.

Was im Frühjahr in Deutschland vermieden werden konnte, schien eingetreten zu sein, als ein Tag vor Beginn des zweiten harten Lockdowns ein Reporter des Deutschlandfunks berichtete, der ärztliche Direktor der bereits oben erwähnten Klinik in Zittau habe zugegeben, dass dort schon mehrere Male triagiert werden musste. Das Portal „T-online“ zitierte eine entsprechende Äußerung des Direktors, die er ihm gegenüber gemacht habe. Diese Behauptung wurde am nächsten Tag von der Sprecherin des Klinikums und in allgemeiner Weise von der Leitstelle Sachsen dementiert, kein Krankenhaus in Sachsen habe bisher die Triage anwenden müssen, der Begriff sei dem Direktor auf einem als Videokonferenz organisierten Bürgerforum „rausgerutscht“, die Sprecherin des Klinikums sprach von einem „Missverständnis“.

Wie immer es sich verhalten mag: Konnte man zu Beginn des Jahrtausends noch annehmen, dass der Begriff der Triage kein Bestandteil der Alltagssprache sei und die „meisten Nichtmediziner“ nicht wissen, „worum es sich handelt“ (Weyma Lübke, 2002), gelangte nunmehr der Begriff nicht nur in Printmedien, die vom gebildeten Mittelstand und gehobenem Bürgertum gelesen werden, sondern in die populärsten Nachrichtensendungen und das dürfte mehr zu seiner Verbreitung beigetragen haben, als dass ihn ein kleines Gremium der Gesellschaft für Deutsche Sprache auf Platz 7 der Liste für das Wort des Jahres 2020 gesetzt hat. Die Definition, mit der die Medien aufwarteten, war allerdings verkürzt und verharmlosend: Es ging meistens um Priorisierung, um die Festlegung der Behandlungsreihenfolge, nur selten wurde hier schon deutlich, dass es um eine Entscheidung auf Leben und Tod geht.

2. Der Ursprung der Triage in der Kriegsmedizin

Begriff und Sache der Triage sind ein Produkt der Kriegsmedizin und da geht es eben nicht nur um Sichtung und Priorisierung, sondern auch um Auslese derer, die behandelt werden (können), und derer, denen die Behandlung versagt wird. Es gibt also nicht nur, um es in den gültigen NATO-Sichtungskategorien oder Triagesituationen zu formulieren, die Stufen 1-3: Sofortbehandlung bei akuter Bedrohung des Lebens, aufschiebbare Behandlungsdringlichkeit bei Schwerverletzten und spätere ambulante Behandlung bei Leichtverletzten, sondern es gibt eben auch die Sichtungskategorie oder Triagesituation 4, die makabrer Weise auch mit „T 4“ abgekürzt werden kann: Verletzte, die – „ressourcenabhängig“ und „derzeit“ – ohne Überlebenschance sind, so die Formulierungen eines Lehrbuches über „Taktische Medizin“, dessen zweite Auflage 2015 erschienen ist. Die Verfasser fügen hinzu: „Die Sk IV oder T 4 wird nur bei massiv eingeschränkten Ressourcen verwendet. Dies sollte im zivilen Bereich eigentlich nur in einer Katastrophe der Fall sein.“ – Sollte! Es geht also um „tödliche Entscheidungen“ unter extremen Knappheitsbedingungen: der Behandlungsbedarf übersteigt bei weitem und oft unvorhergesehen die Behandlungsmöglichkeiten.

Die Kriegsmedizin beginnt, ungeachtet ihrer Vorgeschichte, mit den Massen- und Wehrpflichtigen-Heeren des langen 19. Jahrhunderts. Sie reagiert auf das Problem der „Ressourcenbewirtschaftung“, des Soldatennachschubs, aber auch der gesamtgesellschaftlichen Ressourcenverteilung unter den Bedingungen der „totalen Mobilmachung“ (Ludendorff, später der NS-Staat) und auf das Problem der Legitimation, das der Umgang mit Verwundeten unter diesen Bedingungen aufwirft. Dabei kann man beobachten, dass die Staaten mit den größten Möglichkeiten, die medizinische Versorgung verwundeter Soldaten vorzuhalten, auch die sind, die das größte Vernichtungspotential besitzen. Treffen derart annähernd gleich entwickelte Gegner aufeinander wie in den beiden Weltkriegen des 20. Jahrhunderts, relativieren sich die militärmedizinischen Möglichkeiten, so imposant sie für sich genommen erscheinen mögen. Die meisten Verwundeten bleiben auf den Schlachtfeldern und erreichen noch nicht einmal die Sammelstellen für Verletzte oder die Frontlazarette, geschweige denn die Lazarette in der Etappe oder im Heimatland. Selbst wenn 80% der Ärzte in den Militärdienst gestellt werden, wie es in Deutschland während des Ersten Weltkriegs der Fall gewesen sein soll, steht die Kriegsmedizin im Schatten des Destruktionspotentials der „Ausblutungsschlachten“. Jeder medizinische Humanitätsanspruch zerbricht an der Instrumentalisierung von Menschen zu „Kanonenfutter“. Die Kriegsmedizin unterliegt also nicht nur den Restriktionen durch die „Situation“ oder „Logik“ des Schlachtfeldes: den hygienischen Bedingungen der Verbandsplätze auf dem Gefechtsfeld und der frontnahen Lazarette, den langen Transportwegen zu den Lazaretten in der Etappe – oft brauchte man für einen Kilometer eine Stunde, eine englische Untersuchung kommt zu dem Ergebnis, dass es an der Westfront 8-12 Stunden dauerte, bis ein Verwundeter in der Evakuierungsstelle eintraf. Ihr Problem besteht auch nicht allein in der bloßen Anpassung an diese Bedingungen. Wer nur auf den Ort des Grauens blickt, sieht Hoffnung und Resignation bei den Verwundeten und je nach Naturell den Griff zu Alkohol und anderen Rauschmitteln oder Zynismus und heldische Selbst- und Fremdstilisierung beim medizinischen Personal.

Der Primat des Krieges über die Medizin beginnt nicht erst auf dem Schlachtfeld und mit der Maxime, die beste Medizin dort sei die Feuerüberlegenheit. Sie beginnt weit vorher: mit der Entscheidung der Staaten, die Pflicht der Erhaltung der Menschenleben zu verkehren in das Recht, Menschen für Staatszwecke aufzuopfern, und sie beginnt mit den Imperativen der Kriegsökonomie, die die Kriegsmedizin anderen Prinzipien unterstellt als die zivile Medizin. Im Vordergrund steht jetzt nicht mehr die Versorgung des Einzelnen, die individualmedizinische Betreuung, die zumindest ideologisch geltend gemachte „Eigenrationalität des Medizinsystems“ (Volker H. Schmidt), sondern das utilitaristische Prinzip der bestmöglichen Versorgung für viele und dies unter dem Vorbehalt, dass damit die Erreichung der militärischen Ziele nicht gefährdet wird. Da dieses Prinzip die Rettung der

einen mit der Opferung der anderen verknüpft, also Menschenleben gegen Menschenleben aufrechnet, führt das Konzept Kriegsmedizin selbst zu einer utilitaristischen „Einebnung des Tötungsverbot“ (Weyma Lübke). Die Kriegsmedizin ist untergeordneter Teil der militärischen „Gesamtstrategie“ oder wie es die Autoren des erwähnten militärmedizinischen Handbuchs mit Frank Butler formulieren: „Gute medizinische Versorgung kann ein schlechte taktische Entscheidung sein.“ Darin trifft der wilhelminische Chirurg Theodor Billroth auf einen modernen Wahlverwandten. Menschenfreund Billroth war nämlich der Ansicht, die Zurückstellung der Kriegsstrategie hinter dem Wohlergehen der Soldaten sei schlicht „eine wahnsinnige Verdrehung des Humanitätsprinzips“!

Das führt zu Indikationen, die nicht medizinisch begründet sind. Komplexe Operationen wie z.B. bei Bauchverletzungen, die unter ‚normalen‘ Bedingungen zwei Stunden in Anspruch nahmen, werden zugunsten einfacherer Eingriffe nicht mehr vorgenommen, die derart Verletzten werden dem Sterben überlassen. An die Stelle (relativ) zeitaufwendiger Operationen tritt die grausige Routine des Schneidens, Sägens, Verbindens und Wegbringens (Wolfgang U. Eckart), eine Routine, die die Betroffenen über sich ergehen lassen mussten, da auch die Rettung von Gliedmaßen nicht mehr in Erwägung gezogen wurde. Wie die Ärzte unterstanden auch die verwundeten Soldaten dem Kriegsrecht; Patientenrechte waren außer Kraft gesetzt, Einsprüche gegen eine verordnete Behandlung nicht vorgesehen.

Obwohl die Autoren von „Taktische Medizin“ behaupten, seit 150 Jahren werde nicht mehr erwogen, die Kampffähigkeit der Truppe durch die bevorzugte Behandlung von Leichtverletzten zu erhalten, also durch die Umkehrung der Priorisierungsstufen, ist der Fall in die Medizingeschichte eingegangen, dass während des Nordafrikafeldzugs der US-Armee im Zweiten Weltkrieg der Kommandeur das knappe Penicillin solchen Soldaten verabreichen ließ, deren Kampfkraft schnell wiederhergestellt werden konnte, also z.B. Geschlechtskranken, während schwerer Verwundete auf der Priorisierungsliste nach hinten geschoben wurden. Die Triage erfolgt hier also nicht nach Beeinträchtigungsgraden, sondern reagiert auf Probleme der Nachschubbeschaffung.

Die Imperative der Kriegsökonomie haben nicht nur tödliche Folgen für die unmittelbar Betroffenen oder für die unmittelbaren zivilen Opfern von Kriegshandlungen. Zu den Opfern des Krieges zählen auch die Hungertoten aus den Steckrübenwintern, vor allem aber kaum wahrgenommene Opfer davon, dass zivilen Bereichen der Medizin Ressourcen entzogen wurden. So wurden zwischen 1914 bis 1918 u.a. durch Kürzung der Verpflegungssätze, also durch Unterernährung, einer Untersuchung Heinz Faulstichs zu Folge 70000 Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalten des Deutschen Reiches zu Tode gebracht.

Die militärische Umstrukturierung der Medizin in den beiden Weltkriegen hatte für die jeweilige zivile Nachkriegsmedizin erhebliche Folgen. Sowohl im Kaiserreich als auch im Nazistaat wird der kriegsmedizinische Utilitarismus überhöht in der sozialdarwinistischen Anrufung des „Volkes“ bzw. des „Volkkörpers“, es gehe zuerst um das Volkwohl, weniger um das Individualwohl. Feiern militante Schriftsteller, adlige Snobs und durchgeknallte Ideologen im „Salon Deutschland“ den Krieg zunächst als „Stahlbad“, als „Katharsis“ des Volkkörpers, ändert sich im Verlauf des Ersten Weltkriegs diese Wahrnehmung, ohne das sozialdarwinistische Dispositiv zu verlassen. Wenn der Krieg nunmehr zu einer negativen Auslese führt, weil die Besten fallen und die „Drückeberger“ überleben, sei es Aufgabe der Medizin der Nachkriegszeit, korrigierend einzugreifen. Dass sich die Kinderheilkunde nach 1918 der „Wiederaufforstung“ des deutschen Volkes verpflichtet fühlt, mag zu den eher kuriosen Folgen dieser ideologischen Aufrüstung zählen. Entscheidend ist, dass das, woran man sich an den Fronten, in der Etappe und in den Psychiatrien gewöhnt hat und was ohne große Worte und Aufhebens praktiziert wurde, die tödliche Selektion im Interesse der Kriegsführung, nunmehr offen propagiert und als Kompensation der Kontraauslese des Krieges und

Wiederherstellung der „Volksgesundheit“ legitimiert wird. Die expressionistische Metaphorisierung der Toten als „Menschen-Hülsen“ auf dem Schlachtfeld wird zur affirmativen Denunziation im 1920 publizierten Plädoyer des Strafrechtlers Karl Binding und des Arztes und Psychiaters Alfred Hoche für „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Im „Interesse der Wohlfahrt des Ganzen“ seien „unheilbar Blödsinnige“ als „Ballastexistenzen“ zu vernichten. Zwar scheiterten in der Weimarer Republik Initiativen, solche Vernichtungsphantasien in Gesetzesform zu gießen, aber wir wissen, was danach kommt. Binding und Hoche verteidigten ihren Versuch der Umsteuerung der medizinischen Prinzipien gegen Widerstände mit der Diffamierung ihrer Kritiker, denen sie einen Mangel an heroischer Gesinnung vorwarfen. Sich selbst sahen sie als Vertreter eines „höheren sittlichen Gesichtspunkts“. Das griffen die Nazis auf, die ihre tödliche Medizin der „Aufartung“ mit einer angeblich „neuen ärztlichen Ethik“ zu rechtfertigen suchten. Solche Praktiken hörten nicht schlagartig nach 1945 auf. Bis in die 50er Jahre kam es zu einem Hungersterben, weil die Insassen in psychiatrischen Anstalten in besonderem Maße den Mangelsituationen der Nachkriegszeit ausgesetzt waren (Hunger, Kälte, Infektionen) und auch keine Kompensationsmöglichkeiten hatten. Der kritische Begriff der „Verwahrspsychiatrie“ ist angesichts tatsächlicher Verwahrlosung der Patienten eine Untertreibung.

3. „Medizinethische“ Triage-Rechtfertigung in der Pandemie

Als im Jahr 2003 der damalige Vorsitzende der Jungen Union, Philipp Mißfelder, forderte, 85-Jährigen die Einsetzung eines künstlichen Hüftgelenkes „auf Kosten der Solidargemeinschaft“ zu verweigern, und das damit begründete, dass diese Leute doch früher gut an Krücken laufen konnten, traf dies auf massive öffentliche Kritik. Als im März 2020 sechs ärztliche Fachverbände und der Deutsche Ethikrat ihre oben genannten „Orientierungshilfen“ herausgaben, die in einem viel stärkeren Ausmaß die bisherigen verfassungsrechtlich gestützten Prinzipien der medizinischen Versorgung nach Maßgabe eines vermeintlich drohenden Ausnahmezustandes zur Disposition stellten, blieben ähnliche Reaktionen aus, konnten zumindest in der Regel nicht bis in die Leitmedien durchdringen, die bereitwillig die Lesart von „tragischen Entscheidungen“ aufgriffen. Immerhin ging es nicht nur nach den Worten der Medizinethikerin Bettina Schöne-Seifert um die „tragische Bettenzuteilung“, sondern um die Entscheidung, „welche Patienten sterben müssen“ (FAZ, 31.03.2020). Gänzlich fehlen Stellungnahmen von Politikern.

Für den Ausfall der kritischen Öffentlichkeit kann es mehrere Gründe geben. Die Leitlinien der Verbände trafen innerverbandlich auf keine Opposition, die sich öffentliches Gehör hätte verschaffen können. Die ärztliche Autorität wiegt immer noch schwerer als die eines 24-jährigen Funktionärs der Jugendorganisation einer Partei. Die Leitmedien haben daraus kein „Thema“ gemacht. Es gab keine Debatte, die den Namen verdient hätte, sondern es blieb bei wenigen affirmativen Fremd- und Eigenkommentaren. Keine geringe Rolle dürfte aber auch spielen, dass Mißfelder für unantastbar gehaltene Standards medizinischer Bedarfsdeckung offen mit ökonomischen Erwägungen zu kostensparender Effizienz der medizinischen Apparate in Frage stellte, während die heutigen Stellungnahmen ihre Empfehlungen nach Maßgabe einer „neuen Ethik“ (so in kritischer Distanz der Medizinethiker Stephan Sahn in der FAZ vom 11.11.2020) zu rechtfertigen versuchen.

Frau Schöne-Seifert bedenkt die Autoren der Stellungnahme der Ärzteverbände mit „Dank und Bewunderung“, sieht in dem Papier „Verzweiflung und Ernsthaftigkeit“, kritisiert aber auch Undeutlichkeit in der Konfrontation mit der „unumgänglichen Herausforderung“. Was so als Unvermögen erscheint, ließe sich jedoch mit mehr Recht als Resultat einer Schreibstrategie begreifen. Es lohnt sich, nicht nur die Inhalte beider Empfehlungen zu betrachten, sondern auch ihren rhetorischen Aufwand und seine Effekte in den Blick zu nehmen.

(1) „Empfehlungen“ von sechs medizinischen Fachgesellschaften „zur Ressourcenzuteilung in Notfall- und Intensivmedizin bei COVID-19-Pandemie“ vom 25.03.2020

Das Papier geht aus von dem wahrscheinlichen Eintreten einer Situation, in der „nicht mehr ausreichend intensivmedizinische Ressourcen für alle Patienten zur Verfügung stehen, die ihrer bedürften“. Dies führe zu „Konflikten bei Entscheidungen über intensivmedizinische Behandlungen“. Bereits zu Beginn des Papiers lassen sich relevante Sprechstrategien feststellen: Andeutungen im Blick auf die Abkehr vom Prinzip der Bedarfsorientierung und Unvollständigkeit im Blick auf die Art der zu erwartenden Konflikte. Es wird verschwiegen, dass es um Entscheidungskonflikte darüber geht, wer gerettet wird und wer nicht, also immer um eine tödliche Entscheidung. In dem ganzen Papier ist allenfalls die Rede von Behandelt-werden oder Nicht-Behandelt-werden. Dass Letzteres mit Sterbenlassen gleichzusetzen ist, wird nicht gesagt, sondern muss von der jeweiligen Leserin oder dem Leser ergänzt werden. Die Wörter „Tod“ und „Sterben“ kommen im ganzen Papier nicht vor, obwohl es gerade darum geht. Für diese tödlichen Entscheidungen sollen den Akteuren medizinische und ethische Kriterien an die Hand gegeben werden.

In einem nächsten Schritt wird gesagt, dass die antizipierte Krise erforderlich mache, die Orientierung am Bedarf des einzelnen Patienten (Patientenzentrierung) zu ergänzen: „Ergänzend zu dieser immer geltenden individualethischen Betrachtung kommt mit der Priorisierung bei Mittelknappheit zusätzlich eine überindividuelle Perspektive hinzu.“ Bei dieser Perspektive gehe es (im Sinn der freilich nicht genannten utilitaristischen Maximierungsregel) darum, „möglichst vielen Patienten eine nutzbringende Teilhabe an der medizinischen Versorgung unter Krisenbedingungen zu ermöglichen“. Möglichst viele Patienten sind nicht alle Patienten. Von einer Ergänzung der Patientenzentrierung kann also ernsthaft so wenig die Rede sein wie von einem „immer geltenden“ Blick auf den individuellen Behandlungsbedarf. In einer Annäherung an den gemeinten Sachverhalt ist konsequenterweise unter Ziffer 2.2 des Papiers von der „Einschränkung“ des Prinzips der Individualmedizin die Rede. Weiter geht aber die Konzession an die Realität nicht. Es wird nicht ausdrücklich gesagt, dass das Prinzip der Patientenzentrierung nicht nur eingeschränkt, sondern durch ein anderes ersetzt wird. Die hier beobachtbare Schreibstrategie kombiniert also die scheinbar Annäherung an die Realität mit einem prinzipiellen Verschweigen ihrer tödlichen Konsequenzen. Zu den Vagheiten dieser Empfehlungen gehört auch das Adjektiv „nutzbringend“ im zitierten Kontext. Wenn damit gemeint ist, dass die zur Genesung oder zum Überleben führende Teilhabe an der medizinischen Versorgung für den betreffenden Patienten „nutzbringend“ ist, wäre diese Bedeutung tautologisch und trivial und auch einigermaßen komisch. Wenn hier ein überindividueller Nutzen gemeint sein soll, wären nähere Erläuterungen wünschenswert.

An die Stelle der Priorisierung nach Behandlungsdringlichkeit tritt in den Empfehlungen das Triage-Kriterium der „klinischen Erfolgsaussicht“. Dabei wird Unstrittiges mit Strittigem vermischt und eine irreführende Aufmerksamkeitslenkung erzeugt. Denn zuerst nennen die Autoren die Entscheidungsgrundlagen im Rahmen der patientenzentrierten Alltagsmedizin: unaufhaltsam begonnener Sterbeprozess, irreversibler Krankheitsverlauf und „dauerhafter Aufenthalt auf der Intensivstation“, also weitgehend unstrittige Kriterien. Bei Ressourcenknappheit seien aber noch andere, zusätzliche Entscheidungsgrundlagen erforderlich. Zwar schließen sie ausdrücklich das Kriterium Lebensalter oder auch soziale Kriterien aus, wohl auch um das „Vertrauen der Bevölkerung“ in den Medizinapparat nicht zu gefährden, erschweren aber gerade dieser „Bevölkerung“, ihre positiven Kriterien für Triage-Entscheidungen bei Knappheitszuständen in ihrer ganzen Tragweite zu erkennen. Dies ist vor allem einer Schreibstrategie geschuldet, die dem Box-in-Box- bzw. dem Matrjoschka-Prinzip folgt. Dessen Funktionsweise hat Oliver Tolmein am Ausschlusskriterium „Gebrechlichkeit“ demonstriert. Die Autoren verweisen hierzu nämlich nur pauschal auf die Clinical Frailty Scale, die im Blick auf „ältere Personen“ unterschiedliche

Gebrechlichkeitsstufen formuliert, ausdrücklich aber nicht Personen mit stabilen dauerhaften, also etwa frühkindlich erworbenen Behinderungen. Da das Papier auf diese Differenzierungen nicht eingeht, folgert Tolmein, „dass neben alten Menschen auch Menschen mit körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen [...] (die als ‚Gebrechlichkeit‘ oder ‚Korbidität‘ gefasst werden können) im Zweifelsfall in die Gruppe der nicht zu behandelnden Patienten eingestuft werden können.“ Der Algorithmus der Empfehlungen räume einem 51-jährigen Familienvater ohne Beeinträchtigung den Vorzug ein vor einem jüngeren Familienvater, der an multipler Sklerose erkrankt ist und einen hohen Unterstützungsbedarf hat, oder vor einer jungen Frau mit Down-Syndrom und einem leichten Herzfehler. Dass dieser Befund mehr als eine Befürchtung oder Unterstellung ist, zeigen weitere Formulierungen der Empfehlungen. Denn während die individualmedizinischen Indikationen gegen eine Intensivtherapie einigermaßen klar und unstrittig sind, sprechen sie im Blick auf den Behandlungsausschluss unter Knappheitsbedingungen relativierend von einer „in der Regel [...] schlechten Erfolgsaussicht“. Schlechte Therapiechancen sind aber nicht identisch mit fehlenden Heilungschancen. Mit anderen Worten: Man überlässt durchaus heilungsfähige Patienten zum Wohle anderer Patienten der Palliativmedizin und dem Sterben. Es geht also primär nicht um medizinische Kriterien für den Behandlungsausschluss. Mehrfach wird betont, dass es um Erfolgsaussichten „im Vergleich zur Erfolgsaussicht der Intensivtherapie für andere Patienten“ geht und „nur bei nicht ausreichenden Ressourcen“ vorgenommen werden darf. An anderer Stelle heißt es dann auch folgerichtig, dass Entscheidungen „bei verändertem Verhältnis von Bedarf und zur Verfügung stehenden Mittel“ „angepasst“, geändert werden können. So sind es letztlich ökonomische Imperative, die die Entscheidung auf Leben und Tod bestimmen.

Dass die ökonomisch determinierte Verrechnung von Menschenleben nicht mit menschenrechtlichen und rechtsstaatlichen Verfassungsnormen zu vereinbaren ist, ist den Autoren durchaus bewusst: „Aus verfassungsrechtlichen Gründen dürfen Menschenleben nicht gegen Menschenleben abgewogen werden.“ Sie stellen aber diesen Normen ein anderes Normensystem gegenüber. Dies ist der pragmatische Sinn der schon am Anfang des Papiers reklamierten Dualität von medizinischen und „ethischen“ Kriterien. Während individualmedizinische Kriterien menschenrechtlich geboten sind, wird die utilitaristisch-relativierende überindividuelle Behandlungsperspektive zur gleichwertigen Konkurrenznorm erhoben: „Gleichzeitig müssen Behandlungsressourcen verantwortungsbewusst eingesetzt werden“. Die Entscheidung darüber soll der Staat gefälligst „den Akteuren vor Ort“ überlassen und damit deren „verantwortungsbewusstem“ Handeln stillschweigend operativen Vorrang vor den Verfassungsnormen einräumen, was ja nicht nur eine dystopische Forderung ist, sondern auch Beschreibung des Ist-Zustandes.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die monierte „Undeutlichkeit“ dieser Empfehlungen eine direkte Folge des strategischen Umgangs mit ihrem Entsetzenspotential ist. Die beschriebenen Rezeptionsbarrieren des Papiers sind hoch genug, Unbefugten das Verständnis der vorgetragenen Position erheblich zu erschweren, wenn nicht sogar zu verstellen, und niedrig genug, den Befugten das Verständnis des Gemeinten zu ermöglichen.

(2) „Ad-hoc-Empfehlung“ des Deutschen Ethikrates zu „Solidarität und Verantwortung in der Krise“ vom 27.03.2020

Im Unterschied zu den privaten Akteuren der medizinischen Fachgesellschaften ist der Ethikrat ein von der Bundesregierung eingesetztes Beratungsgremium. Beiden Akteuren fehlt die Kompetenz, ihre Empfehlungen verbindlich zu machen und durchzusetzen, sie rechnen aber beide damit, dass es Ärzte gibt, die sie unterhalb des Schirms gesetzlicher Normen und mit öffentlicher Billigung umzusetzen gewillt sind.

Befremdlich erscheint zunächst, dass für die Autorinnen und Autoren der Empfehlung der Lockdown nicht primär als Mittel des Schutzes der Bevölkerung erscheint, sondern als Mittel, um eine „Überforderung“ des Gesundheitssystems und in letzter Konsequenz die Anwendung der Triage als eine hier explizit so genannte „Entscheidung über Leben und Tod“ zu vermeiden. Dieses Ziel gegen das Ziel der Aufrechterhaltung ökonomischer Funktionen abzuwägen, bilde den „ethischen Kernkonflikt“. Dementsprechend geht es um Empfehlungen zur Aufrechterhaltung des Gesundheitssystems bzw. um Maßnahmen beim Eintreten nicht auszuschließender „katastrophaler Knappheit“ intensivmedizinischer Ressourcen, zum anderen um Maßnahmen, die eine „geordnete Rückkehr“ zu regulären wirtschaftlichen Aktivitäten einleiten sollen. Darauf wird im Folgenden nicht eingegangen.

Hervorzuheben ist, dass das Papier die Gefahr einer „Unterversorgung behandlungsbedürftiger Personen“ nicht nur durch Regeln für rücksichtsvolles Verhalten minimieren will, sondern zum Abschluss seiner Ausführungen einen Maßnahmenkatalog zur „Stärkung und Stabilisierung der Kapazitäten des Gesundheitswesens“ unterbreitet. Wie ernst er zu nehmen ist, wenn gleichzeitig Verhaltensregeln im Blick auf vermeintlich „tragische Entscheidungen“ aufgestellt werden, steht auf einem anderen Blatt.

Durchaus expliziter als die medizinischen Fachgesellschaften nimmt der Ethikrat den „klinischen Ernstfall“ in den Blick und spricht von „Konstellationen“, in denen es „keine rechtlich und ethisch umfassend befriedigende Lösung“ gibt, konstatiert „nahezu unlösbare Dilemmata“. Was hier auf der Mikroebene der Wortgruppen als Rücknahme und Relativierung von Einsichten erscheint, „nahezu unlösbare Dilemmata“ sind eben nicht unlösbar und auch keine Dilemmata, und den Eindruck der Vagheit erzeugt, erscheint in der Struktur des hier zu beleuchtenden dritten Abschnitts der Empfehlung als Dualismus von „Recht“ und „Ethik“, deren Ansprüche je für sich gültig sein sollen, wodurch sich der Text in unaufgelöste Widersprüche verwickelt.

Ja, es geht um Grundrechte der Betroffenen und um Fragen der Verteilungsgerechtigkeit. Staat und Recht obliegen die Garantie der Menschenwürde, der Schutz aller vor Diskriminierung, die Unterbindung der Be- und Abwertung menschlichen Lebens, der Lebensschutz und die Konkretisierung dieser Normen im Krankheitsfall durch das Postulat der „ausschließlichen Konzentration auf das Wohl jedes einzelnen Patienten“. Somit würde ein utilitaristisches Abwägen von Menschenleben und das Ziel einer überindividuellen Maximierung von Leben und Lebensjahren gegen verfassungsrechtlich garantierte Normen verstoßen, die nicht – so die Wortwahl des Papiers – überschritten werden dürfen. An dieser Beschreibung stimmt alles, nur nicht die Behauptung, es handele sich um exklusive Positionen des (Rechts-)Staates und des Verfassungsrechts. Es sind nämlich auch, was durchgehend verschwiegen wird, Positionen einer Ethik, der es um die universelle Achtung aller, um ihre Menschenwürde geht, die es verbietet, Menschen wie Dinge zu behandeln und instrumentalistisch fremden Zwecken zu unterwerfen. Für diese Ethik steht der Name Kant, der weder hier noch in den Empfehlungen der Fachgesellschaften erwähnt wird. Nur so kann der Eindruck erweckt werden, Ethik sei identisch mit utilitaristischer Ethik, nur so kann scheinbar berechtigt von einer Kollision zwischen (Menschen-)Recht und Ethik gesprochen werden.

Nachdem nun der Ethikrat das Hohe Lied der Menschenrechte und ihrer Unantastbarkeit angestimmt hat, spricht er dennoch von einer „notwendigen Erweiterung“ der auf das individuelle Wohl der Patienten abstellenden Grundorientierung „hin zur“ nur utilitaristisch zu verstehenden „Berücksichtigung bestimmter Notwendigkeiten auch der öffentlichen Gesundheitsfürsorge“, also zur Überschreitung der Personengrenze. Diese geforderte „Öffnung des ärztlichen Pflichtenkreises“ führt nun in der Tat zu „Kollisionen“ mit der Norm des gleichen Lebensschutzes und zum Widerspruch im Text. Wer sich nur die richtigen Anmerkungen zur staatlichen Pflicht, individuelle Rechte und

zumindest rechtliche Gleichheit zu schützen, herausucht, verkennt die Konstruktion des Textes, seine Arbeit an der Abwertung des Individualschutzes.

Der Trick, mit dem der Ethikrat dem Selbstwiderspruch zu entkommen versucht, besteht darin, den Schutz menschlichen Lebens und das Verbot seiner Verrechnung zur Aufgabe des Staates zu erklären und aus dieser Selbstbindung des Staates die Lizenz für nicht-staatliche Akteure abzuleiten, anders zu handeln als der Staat. „Der Staat darf menschliches Leben nicht bewerten, und deshalb auch nicht vorschreiben, welches Leben in einer Konfliktsituation vorrangig zu retten ist.“ Das gelte auch in „Ausnahmezeiten“. Die Möglichkeiten des Staates, „bindende Vorgaben für die Allokation knapper Ressourcen zu machen“, seien somit „begrenzt“. Er kann „kaum“ (!) eine positive Orientierung „für die konkrete Auswahlentscheidung in der Klinik bieten“, also Vorschriften aufstellen, wer im Selektionsprozess behandelt werden und leben darf und wer nicht. Das bedeute aber nicht, dass eine entsprechende Orientierung nicht „konzipierbar“ wäre, mehr noch, solche Entscheidungen auf Leben und Tod könnten auch „akzeptiert werden“. Wenn der Staat an Menschenrechte und-würde gebunden ist, dann müssen eben andere Akteure diese „Bindung“, diese „Grenze“ überschreiten, wenn es sein muss oder so zu sein scheint. So verwandeln die Autoren die zuvor konstatierte Kollision in ein Nebeneinander „unterschiedlicher Ebenen normativer Konkretisierung“, mehr noch: in diesem Nebeneinander, das tatsächlich ein Gegeneinander ist, übernehme „die Medizin“ „die Primärverantwortung ... für einzelne Entscheidungen und deren Umsetzung“, das ergebe sich zwangsläufig aus den „Grenzen des staatlich Normierbaren“. Behauptet wird also nicht nur, dass es zwei parallele Normensysteme gebe, demnach Recht und Gesetz nicht immer für alle gelten, sondern auch, dass Entscheidungen über Tod und Leben gar nicht rechtlich normierbar und daher der „Primärverantwortung“ der Ärzte zu überantworten seien.

Im Blick auf die Triage unterscheidet die Empfehlung zwei Formen nach moralischem Status und rechtlichen Folgen. Moralisch „weniger problematisch“ sei, wenn eine Klinik einen Patienten abweise, weil sie keine freien intensivmedizinischen Kapazitäten habe. Das wird Triage bei Ex-ante-Konkurrenz genannt. Niemand könne zu Unmöglichem verpflichtet werden. Diese Argumentation könnte sich bei einigem Wohlwollen sogar auf Kants Unterscheidung moralischer Pflichten berufen. Während negative moralische Pflichten wie Nicht-Morden, Nicht-Betrügen, Nicht-Lügen usw. von den Subjekten keine besonderen Fähigkeiten verlangen, sondern nur einen guten Willen, also unter allen Umständen, absolut, gelten, können positive Pflichten wie jemandem Hilfe zu leisten nur befolgt werden, wenn entsprechende Fähigkeiten oder Möglichkeiten vorhanden sind. Nichtschwimmer können keinen Ertrinkenden retten und beatmungsbedürftige Patienten können nicht beatmet werden, wenn keine Beatmungsgeräte zu Verfügung stehen. Nicht helfen zu können ist also keine Verletzung moralischer Pflichten. Das gilt aber nur, wenn man die individuellen Handlungsmöglichkeiten in Betracht sieht. Das gilt nicht für das Vorhanden- oder Nichtvorhandensein von Behandlungsmöglichkeiten. Sie sind nicht das Resultat von Schicksal und Zufall, sondern von volkswirtschaftlichen und betriebswirtschaftlichen Allokationsentscheidungen, die rechtfertigungsbedürftig und -fähig sind. Darüber aber schweigt der Ethikrat.

Anders gelagert sei die Triage bei Ex-post-Konkurrenz, also das Beenden einer „weiterhin indizierten“ (!) lebenserhaltenden Behandlung zugunsten der lebensrettenden Behandlung eines anderen. Eine solche Entscheidung sei „objektiv“ nicht rechtens (=strafbar!) und auch „seelisch kaum zu bewältigen“, dennoch glaubt der Ethikrat, dass eine solche Entscheidung „ethisch begründbar“ getroffen werden könne. Wenn sie zudem nach transparenten Regeln getroffen werde, wohlgermerkt: keine staatlichen, sondern von privaten Organisationen verfügten, könnten die Verantwortlichen für eine solche gesetzeswidrige Triage-Entscheidung im Falle einer „(straf-)rechtlichen Aufarbeitung“ „mit einer entschuldigenden Nachsicht der Rechtsordnung rechnen“. Nun kennt zwar jedes Schuldstrafrecht die Unterscheidung zwischen Rechtswidrigkeit einer Tat und Schuld des Täters, aber

die entschuldigende Nachsicht ist kein Effekt der „Rechtsordnung“, sondern muss immer erst mithilfe richterlicher Urteilkraft ermittelt werden. Dabei reicht es offenkundig nicht, obwohl die Empfehlung des Ethikrates dies suggeriert, wenn man sich auf angeblich „transparente“ Verfahrensregeln beruft, die – noch einmal: private – Fachverbände aufgestellt haben. Sie „stellen“, so der ehemalige Präsident des BVerfG Hans-Jürgen Papier im Interview mit der Süddeutschen Zeitung (01.04. 2020), „keinen Rechtfertigungsgrund für den Arzt dar“, weshalb er dringend davon abrät, sich „blindlings“ an diese Empfehlungen zu halten; es gehe „immerhin um den möglichen Vorwurf der fahrlässigen Tötung“.

Der emeritierte Strafrechtler Reinhard Merkel, bis April dieses Jahres Mitglied des Ethikrates und Mitverfasser der problematischen Passage, rechtfertigt seine und anderer Juristen Rolle in dem Gremium und den in dieser Form unhaltbaren Hinweis auf eine angebliche „entschuldigende Nachsicht der Rechtsordnung“ damit, dass die Strafrechtler in der Ethik-Kommission nicht die Rolle der „furchtbaren Juristen“ hätten spielen wollen (so der Bericht von Heike Schmoll in der FAZ vom 28.03.). Juristen, die auf der Einhaltung der Menschenrechte bestehen, in die Nähe von NS-Juristen zu rücken, die Terrorurteile gefällt haben, ist ein sprachlicher Fehlgriff, der in den Corona-Debatten seines Gleichen sucht. Vielleicht sollte man fortan besser von furchtbaren Ethikerinnen und Ethikern sprechen.

4. An den Grenzen der Moral: Für eine Politisierung des medizinischen Personals

Es gibt Leute, die glauben, Adornos Diktum, es gibt kein richtiges Leben im falschen, sei ein Erbauungsaphorismus für beschauliche Stunden. Weit gefehlt. Das Diktum bedeutet u.a., dass es keine moralisch richtige Entscheidung geben kann, wenn die Entscheidungssituation und ihre Voraussetzungen nur moralisch falsche Alternativen erzwingen. Wenn Ärztinnen und Ärzte in der Situation der Triage sind und nach Orientierungshilfen rufen, muss man ihnen sagen, dass es in dieser Situation keine ethisch zu rechtfertigenden Entscheidungen geben kann, weil jede Entscheidung tödliche Folgen haben wird. Handeln wäre hier eine Unterwerfung unter die Imperative einer inhumanen Situation. Dabei von Tragik zu reden, ist nicht mehr als eine ideologische Überhöhung und die Journalistenrede vom „Mut zur Verantwortung“ ist ein verlogener Appell an falsches Heldentum, wo es in Wirklichkeit um Anpassung geht.

Auf die prosaische Wirklichkeit hinter den heroischen Phrasen hat frühzeitig Weyma Lübke aufmerksam gemacht: Ärzten (bzw. dem medizinischen Personal) wird es überlassen, aus der von ihnen nicht zu verantwortenden „makroallokativen Budgetrestriktion“, also aus der volkswirtschaftlich chronischen Unterfinanzierung des Gesundheitssystems, die „mikroallokativen Konsequenzen“ zu ziehen. Dass die Ärztinnen und Ärzte auf diese ihnen zugedachte Position mit einer Politisierung antworten, indem sie ihre Arbeitsbedingungen nicht einfach hinnehmen, sondern als veränderungsbedürftig begreifen und entsprechend in sie einzugreifen versuchen, ist eine Hoffnung, die auf die geänderte soziale Lage akademisch ausgebildeter Arbeitskräfte gründet. Sie ist nicht blind, bisweilen jedoch zu optimistisch angesichts „finanzieller Eigeninteressen“, mit denen Ärzte an die kritikwürdigen Arbeitsbedingungen ‚angebunden‘ werden, wie es Lübke mit elegantem Sarkasmus formuliert. Daher reicht es nicht, allein die „spezifischen Intellektuellen“ in den Blick zu nehmen, wie es Foucault durchaus in Nähe zur Politik der „Gewerkschaftlichen Orientierung“ tat, sondern auch und vor allem diejenigen, deren Gehaltskonten ein deutlich kleineres Anbindungspotential aufweisen. Es geht um möglichst weitgespannte Allianzen.

Diese Perspektive hat sich mit einem kritischen Einwand in zwei Varianten auseinanderzusetzen.

Einmal könnte man fragen, ob nicht im Moment der Pandemie auch die Politik wie die Ethik zu spät kommt. Der Einwand ist nicht aus der Luft gegriffen. Politisches Handeln, als Bohren dicker Bretter, unterliegt einem anderen Zeitrhythmus als individuelles, kann aber dafür auch eine Wirksamkeit

entfalten, die individuelles Handeln niemals erreichen kann. Allerdings sollte man sich von dem Katastrophengerede nicht aus der Ruhe bringen lassen: Die Pandemie, sagte Christian Drosten, ist eine „Naturkatastrophe in Zeitlupe“. Mit der Zeitlupe hat er recht: Die wellenförmige Ausbreitung und die Pausen, die die Pandemie einlegt, ermöglichen immer wieder Vorkehrungen, Korrekturen und präventive Maßnahmen. Darin unterscheidet sie sich fundamental von einem Tsunami oder einem Erdbeben oder dem Abwurf einer Atombombe. Bereits 2012 hat das Bundesamt für Bevölkerungsschutz eine Studie „Pandemie durch Virus „Modi-SARS““ vorgelegt, die ein Maßnahmenzenario angesichts eines „außergewöhnlichen Seuchengeschehens“ entwirft. Dass die Pandemie die regierenden Politiker dennoch überrumpelte, spricht nicht gegen die vorgeschlagenen Schutzmaßnahmen, sondern gegen diese Politiker. Selbst wenn es jetzt trotz allem zu Triagesituationen käme, spräche erst recht alles dafür, sie für die Zukunft zu verhindern. Denn die nächste Pandemie wird kommen, nicht als „Naturkatastrophe“ (darin liegt Drosten definitiv falsch), sondern als Resultat destruktiver gesellschaftlicher Naturbeziehungen, und umso sicherer, je weniger es gelingt, die destruktive Entwicklung der Produktivkräfte zu stoppen. Im Kampf gegen Pandemien und Triage hätten soziale Bewegungen und Ökologiebewegungen einen gemeinsamen Gegenstand und ein gleichgerichtetes Interesse.

An die weitgehende Folgenlosigkeit der Warnungen des Bundesamtes könnte auch eine andere, resignative bzw. entmutigende Variante der Politikskepsis anknüpfen: Ihr seht doch, Politik bringt nichts. Das ist der pragmatische Sinn, wenn Rainer Hank von der FAS meint, Triage sei doch schon längst Bestandteil unserer Alltags. Mit der Kritik an der schlechten Absicht, den Ausnahmezustand zu normalisieren, ist der Realitätsgehalt seiner Feststellung nicht erledigt. Wenn die Triage tatsächlich immanente Konsequenz der Ausrichtung des Gesundheitssystems an Kostenersparnis und Gewinnmaximierung anstatt einer Orientierung am Bedarf ist, kann der Befund nicht überraschen, dass die Triage schon längst zu einem Alltagsphänomen geworden ist, das wie ein Krebsgeschwür das individualmedizinische Dispositiv bisheriger Normalität chronisch zerstört und den Ausnahmezustand alltäglich macht. Dass die Alltagstriage längst kein Randphänomen mehr ist, hat Volker H. Schmidt 1996, also drei Jahre nach der Budgetierung des Gesundheitsetats in Folge des Gesundheitsstrukturgesetzes u.a. am Zugang zur Dialyse gezeigt, die seit Beginn der 1960er Jahre als Mittel der künstlichen Blutreinigung zur Verfügung steht. Welche Patienten bzw. Patientengruppen wurden bis etwa Mitte der 70er Jahre von dieser teuren Behandlungsmöglichkeit ausgeschlossen und mit welcher Begründung? Während in den USA unverbrämt auch der „social worth“ eines Patienten als Selektionskriterium herangezogen wurde (u.a. Bildungsstand, Lebenswandel, sexuelle Neigung oder Grad der Integration in die lokale Gemeinschaft), war nationenübergreifend das Alter der Patienten der am meisten bemühte Grund für den Ausschluss von der Dialyse. Man konnte damit erhebliche Einsparungseffekte erzielen, weil chronisches Nierenversagen gehäuft in älteren Patientengruppen auftaucht. In Großbritannien sagte man den Patienten, eine Behandlung für sie komme deshalb nicht in Frage, weil sie bei Patienten ihres Alters keine Erfolgsaussichten habe. Das war eine an den Haaren herbeigezogene pseudo-medizinische Indikation, denn in Ländern mit genügend großer Dialysekapazität spielt dieses Ausschlusskriterium keine Rolle. In Wirklichkeit handelt es sich um einen ökonomisch und sozial begründeten Ausschluss. Die vermeintlich medizinische Indikation war nichts anderes als eine „barmherzige Lüge“, die behandlungsbedürftigen Patienten ihren Ausschluss erträglich machen sollte, diente also der Vermeidung von Legitimationsverlusten.

Schmidt spart nicht mit solchen kritischen Einblicken in den Betrieb, plädiert aber gleichwohl dafür, „vom Ideal einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung für alle Abschied zu nehmen und sich darauf einzustellen, dass einer wachsenden Zahl von Kranken zum Teil lebenswichtige Behandlungen vorenthalten bleiben“. Die aktuellen „ethisch validen“ Vorschläge für die Anwendung von Triage

wären dann, unabhängig davon, ob bzw. in welchem Umfang sie in der gegenwärtigen Pandemie zur Anwendung kommen, ein Testlauf, um zu ermitteln, welche neuen Grade des Ausnahmezustands den Unteren zugemutet werden können, ohne soziale Unruhen auszulösen. Man braucht nicht lange zu raten, wer diejenigen sein werden, die aus der Solidarität, die angeblich alle eint, herauszufallen bestimmt sind. Es werden die Armen und ‚Unproduktiven‘ sein, die Kassenpatienten, die Ungebildeten, die Menschen ohne Angehörige, von denen man erwartet, dass ihr Ausschluss von lebensrettenden Maßnahmen hingenommen wird. Es werden die sein, in deren Leben der Ausnahmezustand ohnehin die Regel ist. Eine Linke, die den Namen verdient, müsste alles daran setzen, die Widerstandskraft der potenziell Betroffenen zu stärken.

5. Weder Daumen hoch noch runter

Im Oktober veröffentlichte Kai Spanke in der FAZ einen Artikel über das Trolley-Problem. Er bezog sich dabei auf eine Umfrage des Max-Planck-Institutes für Bildungsforschung mit 70000 Teilnehmern in 42 Ländern. Die Auswertung dieser Umfrage wurde am 21. Januar 2020 in den PNAS (Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA) veröffentlicht. Bereits eine Woche später ist dazu ein Artikel im „Spiegel“ erschienen. Spanke greift das Thema auf, weil ihm die Triage zu einer „beunruhigenden Aktualität“ verholpen habe.

Im Kern besteht das Problem darin: Ein Zug rast auf eine Gruppe von fünf Bahnarbeitern zu, die ihn nicht bemerken. Auf einem anderen Gleis arbeitet eine einzige Person. Ein unbeteiligter Dritter könnte eine Weiche umstellen, so dass die fünf Menschen gerettet würden, die andere Person aber getötet würde. Was tun?

Das Problem ist nicht neu. Trolley ist das englische Wort für Straßenbahn. Vor dem Siegeszug des Autos war das das Fahrzeug des frühen 20. Jahrhunderts. Jedes Jahrhundert hat sein Trolley-Problem. Im 18. und 19. Jahrhundert sind es die Schiffbrüchigen, die einen von ihnen opfern müssen, damit die anderen überleben können, im 21. Jahrhundert ist es das Flugzeug mit 200 Passagieren, das Terroristen entführt haben, um es über einem vollbesetzten Fußball-Stadium zum Absturz zu bringen. Darf man es abschießen und 200 Unschuldige opfern, um 50000 Menschen zu retten?

Die Umfrage des Max-Planck-Instituts hat ergeben: 82 Prozent der befragten Deutschen würden die Weiche umlegen. Nur zum Vergleich: In Taiwan und Südkorea sind es knapp 70 Prozent, in der Volksrepublik China 58 Prozent.

Psychologen und Ethiker mögen es, Menschen mit solchen (oft verschrobenen) Dilemmata zu konfrontieren. Von diesen allen ist mir das Trolley-Problem am liebsten und zwar, weil es nicht nur den Zuschauern, sondern auch den Passagieren eine Handlungsoption lässt, und einzig ihnen eine, die nicht tödlich enden muss: den Griff nach der Notbremse.