

»Das Leben ist weder Zweck noch Mittel;
das Leben ist ein Recht.«
Heinrich Heine

In Deutschland wurde erstmals am 28. Januar 2020 eine Infektion durch SARS-CoV-2 festgestellt. Schnell nahm die von diesem Virus verursachte Erkrankung Covid-19 auch in Europa pandemische Ausmaße an. Zugleich verbreiteten sich die Schreckensnachrichten, wonach es in einigen Regionen wie Norditalien und im Elsass so viele Erkrankte gab, die eine intensivmedizinische Behandlung benötigten, dass die vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten nicht mehr reichten und das medizinische Personal der betroffenen Einrichtungen entscheiden musste, wem eine lebensrettende Behandlung zuteil und wem sie verweigert wurde. Die Entscheidung darüber, wer leben darf und wer sterben muss, wurde mit dem aus der Kriegsmedizin stammenden Begriff der Triage belegt. Dass diese Triage in den Ländern des globalen Südens tagtäglich praktiziert wird, war und ist den hiesigen Leitmedien und Hütern westlicher Impfstoffmonopole indes kaum eine Nachricht wert. Mittlerweile häufen sich hierzulande mit der vierten und fünften Welle und täglichen Infektionszahlen bis dahin nicht gekanntes Ausmaßes erneut die Warnungen vor überlasteten Intensivstationen.

Obwohl das deutsche Gesundheitssystem von Krisen wie in den Nachbarländern weit entfernt zu sein schien, traten am 25. März 2020 sechs medizinische Fachgesellschaften und die Akademie für Ethik in der Medizin unter Federführung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) mit »klinisch-ethischen Empfehlungen« zu »Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und in der Intensivmedizin in der Covid-19 Pandemie« an die Öffentlichkeit.¹ Der überarbeiteten Fassung vom 17. April 2020 hat sich eine weitere Fachgesellschaft angeschlossen. Diese Fassung wurde von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften unter der Nummer 040-013 registriert und als »Leitlinie« der Stufe I klassifiziert. Von den vier Klassifikationsstufen der Arbeitsgemeinschaft ist das die mit der niedrigsten Verbindlichkeit. Ohnehin handelt es sich bei Leitlinien ärztlicher Gesellschaften immer um private, »selbstgestrickte« Normen ohne Rechtsqualität,² selbst wenn sie beanspruchen, am wissenschaftlichen Wissen orientierte und evidenzbasierte Standards zu formulieren.

Die »Empfehlungen« unterstellen, dass auch in Deutschland im weiteren Krisenverlauf mit einer Diskrepanz zwischen knappen Behandlungsressourcen und einem hohen intensivmedizinischen Behandlungsbedarf gerechnet werden könne. In einer solchen Situation dürfe der ärztliche Fokus nicht mehr auf dem Wohl des einzelnen Patienten liegen. Vielmehr müsse dieser Blick durch die Einnahme einer »überindividuellen Perspektive« ersetzt werden. Das Kriterium dafür, welche »intensivpflichtigen Patienten« entsprechend behandelt und welche beim Sterben allenfalls noch palliativmedizinisch betreut werden, solle die »klinische Erfolgsaussicht« bilden. Es verdrängt das Kriterium der Behandlungsbedürftigkeit und -dringlichkeit.

Zu den Kriterien, die einen Behandlungsausschluss rechtfertigen, sobald die Ressourcen nicht mehr ausreichen, zählen die Autoren »Komorbiditäten«, d. h. das Auftreten einer oder mehrerer Erkrankungen zusammen mit einer Grunderkrankung, und den Allgemeinzustand der »Gebrechlichkeit«. Während im Blick auf Komorbiditäten Beispiele wie etwa dialysepflichtige Niereninsuffizienz oder fortgeschrittene Herzinsuffizienz genannt wurden, verwies man für die Beurteilung von Gebrechlichkeit pauschal auf die »Clinical Frailty Scale«. Diese Skala nennt Gebrechlichkeitsstufen bei alten Menschen, aufgrund des Gesamtkatalogs des Papiers war aber anzunehmen, dass zusätzlich auch Menschen mit zum Teil lebenslänglichen, stabilen Behinderungen der Behandlungsausschluss drohte. Diese Befürchtung lag auch deshalb nahe, weil das ohnehin vage und an den Stand medizinischer Versorgungsmöglichkeiten angepasste Kriterium der »klinischen Erfolgsaussicht« noch einmal zusätzlich aufgeweicht wurde durch die Rede von einer »in der Regel (...) schlechten Erfolgsaussicht«, die eben etwas anderes ist als eine fehlende Erfolgsaussicht.

Mit anderen Worten: Man will durchaus heilungsfähige Patienten zum Wohle anderer Patienten



Wer erfährt eine angemessene medizinische Behandlung, wenn die Kapazitäten im Falle einer epidemischen Notlage nicht mehr ausreichen? (Medizinische

Vom Wert menschlicher

Schutzpflicht und Benachteiligung. Fortschritt und Grenzen des jüngs Bundesverfassungsgerichtsbeschlusses zur Triage. Von Hans Ottc

dem Sterben überlassen. An mehreren Stellen des Papiers wird somit deutlich, dass das Kriterium der »Erfolgsaussicht« nicht auf einer medizinischen Indikation beruht, sondern eine Variable der ökonomischen Ausstattung des Gesundheitssystems ist. Auch ist den Autorinnen und Autoren durchaus bewusst, dass sie mit ihren Vorschlägen gegen das verfassungsrechtliche Verbot verstoßen, Menschenleben gegeneinander abzuwägen. Mehrdeutig sprach die erste Fassung vom Ziel, einer Maximalzahl von Patienten »eine nutzbringende Teilhabe« an der medizinischen Versorgung zu ermöglichen. Die Streichung dieser Formulierung ist lediglich kosmetischer Natur, denn das grundlegende utilitaristische Muster der Entscheidungsfindung wird beibehalten. Die Triage in Abhängigkeit von ökonomischen Knappheitslagen ist aber nicht nur aus medizinischen und ethischen Gründen fragwürdig, sondern auch aus empirischen. Die Beispiele, akzeptiert man überhaupt ihre utilitaristische Ausgangsbasis, fingieren klare Entscheidungssituationen, in denen Menschen mit guten solchen mit schlechten »Erfolgsaussichten« gegenüberstehen. In der Welt diessets solcher Fiktionen ist aber damit zu rechnen, dass mehrere Menschen mit guten Erfolgsaussichten um einen Behandlungsplatz konkurrieren. Hier versagt die Kalkulation abgestufter und priorisierbarer »Erfolgsaussichten« ebenso wie bei der Konkurrenz mehrerer Patienten, die gleichermaßen eher schlechte Erfolgsaussichten haben.

Beschwerde eingereicht

Aufgrund der hier nur knapp skizzierten Problematik dieser »Empfehlungen«³ strengten neun Menschen, die unter verschiedenen Behinderungen

und Vorerkrankungen leiden, am 27. Juni 2020 eine Verfassungsbeschwerde an, verbunden mit einem Eilantrag auf Erlass einer einstweiligen Verfügung gegen die »Untätigkeit des Gesetzgebers« angesichts einer möglichen Triage.⁴ Die vorangestellten biographischen Hinweise zu den Beschwerdeführenden dokumentieren ihre »qualifizierte Betroffenheit«, die eine »Beschwerdebefugnis« begründet. Vertreten von der Hamburger Kanzlei »Menschen und Rechte« (hier: Oliver Tolmei) brachten sie vor, dass sie im Fall knapper Behandlungsressourcen und bei Befolgung der vorliegenden »Empfehlungen« von einer lebensrettenden Behandlung ausgeschlossen werden könnten, und forderten, dass die Bundesregierung ein Gremium berufe, das die Triage vorläufig, d. h. bis zur Verabschiedung eines entsprechenden Gesetzes, verbindlich so regle, dass eine Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen unter den genannten Bedingungen nicht stattfindet.

Eilantrag abgelehnt

Der Eilantrag der Beschwerdeführenden wurde mit Beschluss vom 16. Juli 2020 abgelehnt. Dabei räumte der befassete Erste Senat des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfG) jedoch ein, dass die Beschwerde weder »von vornherein unzulässig« noch »offensichtlich unbegründet« sei. Vielmehr werfe sie die Frage auf, »ob und wann gesetzgeberisches Handeln in Erfüllung einer Schutzpflicht des Staates gegenüber behinderten Menschen verfassungsrechtlich geboten ist.«⁵ Diese Frage lasse sich aber im Rahmen eines Eilverfahrens nicht beantworten.

Mit diesen Ausführungen hatte das Gericht die Verfassungsbeschwerde in der Hauptsache angenommen. Einen ersten Schritt zur geforderten

»eingehenden Prüfung« des Sachverhaltes machte es, als es im Herbst 2020 von Institutionen, Ärztesorganisationen, medizinischen Fachgesellschaften, Sachverständigen und auch von Betroffenenvertretungen Stellungnahmen einforderte, die bis zum 15. Dezember des Jahres in Karlsruhe vorliegen sollten. Eine Übersicht über eingegangene Stellungnahmen, auch darüber, wer keine abgegeben hat (z. B. der Bundesrat, zwölf Bundesländer und der Deutsche Ethikrat) oder seine nicht veröffentlicht sehen will (z. B. DIVI), findet man im Entscheid des BVerfG.⁶

Der seit dem 28. Dezember veröffentlichte Beschluss des Ersten Senats des BVerfG vom 16. Dezember 2021 (Aktenzeichen: 1 BvR 1541/20) beschneidet acht von neun Beschwerdeführenden die Erfüllung der »Darlegungsanforderungen« einer Beschwerde, nämlich den Nachweis der eigenen, unmittelbaren und gegenwärtigen Betroffenheit von möglichen Verletzungen eines oder mehrerer ihrer Grundrechte. Dieses Risiko sei real gegeben, nicht nur eine vage Möglichkeit. Zudem schließt er sich im wesentlichen den vorgetragenen Beschwerdegründen an und fordert den Gesetzgeber auf, »unverzüglich durch geeignete Vorkehrungen« dafür zu sorgen, dass im Fall einer Triage die Benachteiligung und Diskriminierung von Patienten und Patientinnen aufgrund einer Behinderung »hinreichend wirksam« verhindert wird. Insoweit ist die Verfassungsbeschwerde erfolgreich gewesen. Die von einigen kritisierte Engführung des Beschlusses auf Benachteiligungsrisiken von Menschen mit Behinderung in der Triage ist das Resultat des Rechtsinstanzens der Verfassungsbeschwerde und der von ihr verlangten, oben dargestellten Voraussetzungen. Betrachtet man aber die Argumentation des Gerichts genauer, ergibt sich, dass alle



Notfallübung in Berlin, November 2020

Lebens

tergangenen
Röber

Selektionskriterien verworfen werden, die Menschenleben nach Dauer oder Erfüllung gegeneinander verrechnen und den Rechtsgrundsatz der Gleichheit jedes menschlichen Lebens verletzen. Diese werden im vorliegenden Beschluss zwar als Benachteiligungsrisiken von Menschen mit Behinderung in den Blick genommen, sie können aber auch ohne diese Verbindung als Benachteiligungsrisiken von Menschen mit Vorerkrankungen oder solchen hohen Alters betrachtet und kritisiert werden. Insofern ist der Beschluss über den Kreis von Menschen mit Behinderung hinaus von Bedeutung.

Schutzpflicht des Staates

Das Gericht legt in der Begründung seiner Entscheidung den Fokus auf Artikel 3, Absatz 3, Satz 2 des Grundgesetzes, also auf das Gleichheitsgebot und das Verbot der Benachteiligung von Menschen nach verschiedenen Merkmalen. In dem genannten Satz heißt es: »Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.« Darüber hinaus verweist die Beschwerdeschrift auf die drohende Verletzung der Menschenwürde (Art. 1, Abs. 1 GG) und des Rechts auf Leben und Gesundheit (Art. 2, Abs. 2 GG). In Übereinstimmung mit seiner bisherigen Rechtsprechung sieht das Gericht in den Grundrechten nicht nur Abwehrrechte der Individuen gegen Staatseingriffe. Vielmehr enthalten sie auch einen Schutzauftrag, falls Grundrechte durch private Dritte verletzt werden. Durch diese »Horizontalwirkung« bekommen die Grundrechte eine Abwehr- und Schutzfunktion, die der Staat durch Gesetze, etwa durch das Strafrecht, erfüllen kann. Insbesondere das Leben und die körperliche Unversehrtheit sind als »hochrangige grundrechtlich geschützte Rechtsgüter«

herausragende Objekte dieser Schutzfunktion. Dieser Schutzauftrag, so das BVerfG, verdicke sich bei ausgeprägter Schutzbedürftigkeit und bei einem Risiko der Grundrechtsverletzung zu einer »konkreten« Schutzpflicht und einer daraus resultierenden Handlungspflicht des Staates, um solche Grundrechtsverletzungen wirksam zu unterbinden.

Eine staatliches Handeln erfordernde konkrete Situation sieht das Gericht aus zwei Gründen als gegeben an. Einmal konstatiert es entgegen der referierten schönfärbischen Lagebeschreibung der vorigen Bundesregierung mit Bezug auf die hohe Zahl der an der Infektion Erkrankten und das Anwachsen der Zahl intensivmedizinischer Behandlung Bedürftiger die »verschärfte Gefahr«, dass eine Entscheidung über die Verteilung knapper Ressourcen »auch im Rahmen einer Triage« notwendig wird. Zum anderen gebe es lediglich Entscheidungshilfen ohne allgemeine Gültigkeit und rechtliche Verbindlichkeit. Dabei geht das Gericht vor allem auf die Empfehlungen der sieben medizinischen Fachgesellschaften unter Federführung der DIVI ein. Die Ad-hoc-Empfehlung des Deutschen Ethikrates wird erwähnt, kommt aber nur indirekt zur Sprache. In ihrer Stellungnahme erklärte die Bundesregierung immerhin die vom Ethikrat in Betracht gezogene ex post-Triage für »unzulässig«, also den Abbruch einer bereits begonnenen Behandlung zugunsten anderer Bedürftiger.

Das Gericht begnügt sich nun nicht damit, die fehlende Verbindlichkeit der »Empfehlungen« der DIVI und anderer herauszustellen: Sie beruhen auf einem »informellen Konsens« und könnten noch nicht einmal als »Synonym für den medizinischen Standard« angesehen werden. Vielmehr sieht das Gericht auch aus inhaltlichen Gründen in diesen »Empfehlungen« einen Teil des Risikos, dass Behinderte im Fall einer Triage benachteiligt werden können. Dabei kommt es zunächst im argumentativen Kern seines Beschlusses den »Empfehlungen« der DIVI sehr weit entgegen, indem es das Verstehensprinzip wohlwollender Lektüre fast überdehnt, wenn es dem Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht Zulässigkeit, gar verfassungsrechtliche Unbedenklichkeit attestiert, sofern es dabei nur um die Aussicht geht, »die akute Erkrankung zu überleben«. Diese Einschränkung ist aber entscheidend. Denn die »Empfehlungen« der DIVI verletzen sie, indem sie eben nicht die Überlebenswahrscheinlichkeit auf die aktuelle Krankheit beziehen, sondern immer wieder auf die längerfristig erwartbare Überlebensdauer abstellen und das Ziel einer Maximierung von Lebenszeit proklamieren. Vom gleichen Wert jedes menschlichen Lebens kann dann keine Rede mehr sein. Das Risiko einer Benachteiligung von Behinderten werde auch dadurch gesteigert, dass Behinderung »pauschal« mit Komorbiditäten verbunden werde und das Auswahlkriterium der »Gebrechlichkeit« ohne klarstellende Erläuterungen bleibe. Zudem könnten solche Kriterien mit »Vorstellungen von einer schlechteren Lebensqualität behinderter und assistenzbedürftiger Menschen« einhergehen.

»Abstraktes« Lebensrecht

Das Gericht bezieht sich hier zustimmend auf die Stellungnahme des Bochumer Zentrums für Disability Studies (BODYS), von dem es auch die Formulierung vom »Einfallstor« für die Benachteiligung von Menschen mit Behinderung übernimmt. BODYS wirft der sogenannten Quality Adjusted Life Years Scale (QALYS) vor, Leben nicht nur nach der Maximierung von Lebenszeit, sondern auch nach der vermeintlichen Lebensqualität zu taxieren und derart Lebenswertestufungen mit der Nutzwertberechnung von Behandlungen zu verknüpfen. Immerhin durch eine Literaturangabe verweist das Gericht auf solche leider nicht nur von Juraprofessorinnen aus den Freistaaten Bayern und Sachsen erhobenen Stimmen und belässt sie ansonsten in ihrem diskursiven Niemandsland, in dem sie sanktionsfrei das Lebensrecht als »abstraktes Prinzip« abtun und das Prinzip der Lebenswertendifferenz für überholt erklären oder für Straffreiheit plädieren, wenn Mediziner die »unzulässige« ex post-Triage anwenden. Der notwendige Sarkasmus bleibt den Juristen Bijan Fateh-Moghadam und Thomas Gutmann vorbehalten, wenn sie solche Leute mit der rhetorischen Frage konfrontieren, »welchen Teil des Wortes »gleich« sie nicht verstehen.«⁷

Man kann angesichts des vorliegenden Beschlusses überlegen, was und wer glaubwürdiger

ist. Daniel Deckers' Bekenntnis des Irritierens in der FAZ⁸, seine argumentationsfreie Klage, der Beschluss nähere das »Misstrauen in die Fähigkeit der Intensivmediziner«, und sein hilfloser Appell, doch bitteschön den Medizinem zu vertrauen, oder die eifertige Begrüßung des Beschlusses durch Politiker, die bis gestern noch die Aufforderungen ignoriert haben, die das Gericht nun verbindlich bekräftigt hat: unverzüglich Vorkehrungen zu treffen, die Benachteiligung und Diskriminierung von Patientinnen und Patienten bei der Zuteilung knapper Behandlungsressourcen ausschließen. Wer die nötige Erwartungsenergie aufbringt, darf sogar darauf gespannt sein, wie eng oder weit der Gesetzgeber, also die Parlamentsmehrheit, die Diskriminierungsrisiken fasst und wie er sie wirksam ausschalten will.

Materialistisch fundierter Realismus wird hingegen die notwendige Distanz wahren und der begründeten Skepsis gegen Institut und Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts eingedenk bleiben. Theorie des Rechts ist nicht in erster Linie Ideologiekritik, sondern analysiert das Recht als System von Formen, in denen die gesellschaftlichen Verhältnisse reproduziert werden. Diese setzen jenem Rahmen und Grenzen. So ist es gewiss zu begrüßen, dass der Entscheid im Namen der Menschenrechte eine Barriere gegen den kruden Utilitarismus errichtet, der unterm Fetisch der »Erfolgsaussicht« das »Survival of the Fittest« zu seiner Sache macht. Gleichzeitig ist aber zu konstatieren, dass das Gericht nirgends die Voraussetzungen, die die Anwendung der Triage real möglich erscheinen lassen, in Frage stellt. Der Beschluss wirft keinen Sand ins Getriebe. Es kann weiterlaufen, nichts stockt.

Gerechte Verteilung des Mangels

Bereits der Verfassungsbeschwerde ging es allein um die »gerechte« Verwaltung des Mangels, also um die »faire« Zuteilung knapper Ressourcen, nicht um die Infragestellung dieser Knappheit selbst und der Triage als Folge davon. Wenn das Kriterium der Reihenfolge, in der Patienten eine Klinik erreichen, die Reihenfolge der Behandlung bestimmen soll, ist der Mangel nicht beseitigt, sondern wird nur anders verteilt als nach dem fragwürdigen Kriterium der »Erfolgsaussicht«. Die Beschwerdeführerin Nancy Poser formuliert die möglichen Konsequenzen der von ihr geforderten gesetzlichen Regelung der Triage nach dem Prinzip »Wer als erste da ist, wird als erste behandelt« einverständlich so: »Dann sterbe ich vielleicht, weil ich zu spät dran war, aber nicht, weil ich behindert bin.« (SWR, 17.11.2020) Solche Äußerungen bestätigen Marx' Kritik an den Grenzen der Verteilungsgerechtigkeit, die ihre Voraussetzungen (die Produktion usw.) nicht in den Blick nimmt, sondern nur nachgeordnete Probleme bearbeitet.⁹

Im Fall des Gesundheitswesens sind die Auswirkungen negativer Folgen des Mangels schon im »Normalfall« ungleich verteilt, weil sich reiche Menschen ihnen in der Regel entziehen können. Da sich die Covid-19-Pandemie nicht explosionsartig durchsetzt, sondern wellenförmig, als eine Katastrophe »in Zeitlupe« (Christian Drosten), wäre es zumindest Gesellschaften wie jener der Bundesrepublik möglich, in den Pausen der Pandemie die Ressourcen des Gesundheitssystems soweit zu adjustieren, dass triageträchtiger Mangel ausgeschlossen werden kann. Sofern dies nicht geschieht und die Triage praktiziert wird, werden alle Beteiligten und Betroffenen den Imperativen einer inhumanen Situation unterworfen, die keineswegs »schicksalhaft« oder »tragisch« ist, sondern verändert werden könnte. Die Triage ist dann eine immanente Konsequenz der Ausrichtung des Gesundheitssystems an Kostenersparnis und Gewinnmaximierung anstatt am Bedarf. Dem medizinischen Personal wird es überlassen, aus der von ihm nicht verantworteten volkswirtschaftlichen Unterfinanzierung des Gesundheitssystems die Konsequenzen vor Ort zu ziehen. Das Beharren auf ärztlicher »Primärverantwortung«, sei sie korporatistisch oder individualistisch gefasst, wäre dann das, was Theodor W. Adorno einmal der Autorität des Lehrers attestiert hat: eine (todernste) Parodie wirklicher Handlungsmacht. Der Frage, warum sich in Deutschland große Teile des medizinischen Personals fast ohne erkennbaren Widerstand in diese Rolle der Vollstrecker einfügen, wäre gesondert nachzugehen. Es ist der Vorsitzenden der Parlamentsfraktion der Linkspartei zugute zu halten, als einzige Politikerin in den ersten Stellungnahmen zu der Entscheidung

auf diesen Sachverhalt aufmerksam gemacht zu haben.

Die Anweisungen des BVerfG bleiben zum zweiten stumm gegenüber dem Problem der verdeckten oder schleichenden Triage, obwohl die Stellungnahme des Bundesverbandes Caritas Behindertenhilfe nachdrücklich auf das Problem der »Triage vor der Triage« aufmerksam macht. Bereits während der ersten Pandemieperiode wurde in Frankreich beobachtet, dass schwer an Covid-19 erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner von Altenheimen nicht in die Krankenhäuser eingeliefert wurden. Das war vor allem eine Reaktion auf die in vielen Regionen des Landes feststellbare Überlastung der Intensivstationen. Man kann die Behandlungsversagung aber auch präventiv als Mittel einsetzen, um eine solche Belastungssituation zu vermeiden, indem Schwersterkrankte gar nicht erst in die Krankenhäuser gelangen. Anfang März 2021 berichtete die FAZ, dass nach Auskunft der Sozial- und Gesundheitsministerin der Bundesländer von den damals 71.804 Coronatoten ca. 29.000, also 40 Prozent, Heimbewohner gewesen seien. Entscheidend dabei ist die Frage, wie viele davon es überhaupt in die Intensivstationen geschafft haben.

Praktiziertes Nützlichkeitsdenken

Zahlen darüber sind schwierig zu ermitteln. Einschlägig ist das *Epidemiologische Bulletin* 18/2023 des Robert-Koch-Instituts vom 6. Mai 2021.¹⁰ Von den 63.200 Covid-19-Todesfällen in Deutschland bis zur sechsten Kalenderwoche des Jahres waren 17.422 Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen – Opfer der mangelhaften Berücksichtigung der geltenden Schutzvorschriften durch die Heimleitungen. Davon waren 6.468 »Todesfälle mit Hospitalisierung«. Das heißt, 63 Prozent der Todesfälle ereigneten sich in den Heimen selbst. In einer Reportage des ARD-Magazins *Fakt* vom 26. Januar 2021 rechtfertigte ein Palliativmediziner der Universität Jena diesen Sachverhalt als »Ausdruck von besseren Entscheidungsprozessen mit den Betroffenen«, während andere Befragte von schleichender Triage sprachen und darauf hinwiesen, dass bei diesen vermeintlich einvernehmlichen »Entscheidungsprozessen« auch der gängige utilitaristische Druck auf die Erkrankten und ihre Angehörigen eine Rolle spielte, z. B. Vorhaltungen, dass die erkrankten Alten »aussichtsreicheren« Patienten einen Behandlungspfad wegnähmen usw.¹¹

Die damit deutlich werdende Grenze des Rechts verweist auf einen seit der Französischen Revolution offenkundigen Sachverhalt: Man kann die Würde des Menschen nicht verteidigen und bewahren, wenn man sie nicht auf das Fundament menschenwürdiger Verhältnisse stellt. Und immer noch gilt: Die Erkämpfung des Menschenrechts bleibt eine Forderung, deren Realisierung über den Horizont der bestehenden Verhältnisse hinausweist.

Anmerkungen

- 1 Siehe <https://kurzelinks.de/Ethik-Empfehlung>
- 2 So eine Formulierung von Bijan Fateh-Moghadam und Thomas Gutmann: Gleichheit vor der Triage. Rechtliche Rahmenbedingungen der Priorisierung von Covid-19-Patienten in der Intensivmedizin. In: Tatjana Hörnie, Stefan Huster u. Ralf Poscher (Hg.): Triage in der Pandemie. Tübingen 2021, S. 291–334. Der Aufsatz ist eine der klarsten juristischen Äußerungen zum Problem.
- 3 Siehe ausführlicher *Junge Welt* v. 6.1.2021. <https://kurzelinks.de/Ab-sichtlichunklar>
- 4 <https://kurzelinks.de/Verfassungsbeschwerde>. Die Beschwerde enthält einen nützlichen chronologischen Überblick über das Infektionsgeschehen und die Reaktionen staatlicher und gesellschaftlicher Akteure, S. 29–42
- 5 <https://kurzelinks.de/Beschluss16-7-2020>
- 6 http://www.bverfg.de/e/rs20211216_1bvr154120.html, unter Abschnitt A.III, Randnummern 24–66, in dem die eingegangenen Stellungnahmen zum Fragenkatalog des Gerichtes referiert werden.
- 7 siehe Anm. 2
- 8 <https://kurzelinks.de/FAZ-Deckers>
- 9 Karl Marx: Kritik des Gothaer Programms (1875), MEW 19, S. 22
- 10 <https://kurzelinks.de/Bulletin18-21>
- 11 <https://kurzelinks.de/Fakt> (bis Minute 8:54)

Hans Otto Röber schrieb an dieser Stelle zuletzt am 25. Oktober 2021 über Arbeitserkinder in akademischen Berufen: Aufstieg oder Emanzipation?

Lesen Sie morgen auf den/iw-Themaseiten:

Philosophie der Fier. Über die Schriftstellerin Ayn Rand

Von Holger Wendt