
„Wie beeinflusst die Pandemie ethische Fragestellungen auf das Ende des Lebens?“

Einige erste Antworten

„Wie beeinflusst die Pandemie ethische Fragestellungen auf das Ende des Lebens?“ – erste Antworten

- (1) Vorbemerkungen
- (2) „Schutz vor Kollaps des Gesundheitswesens“:
die oberste Priorisierung und ihre dramatischen Begleitschäden
- (3) Medizinische Triagisierungen:
hart, weich, grau, fremdinduziert, selbstinduziert
- (4) Soziale Isolierungen „auf den letzten Metern“:
zur Bedeutsamkeit leibhaftiger physischer Begegnungen
- (5) Statt eines Fazits:
Verletzlichkeit und Widerstandsfähigkeit als
sozialanthropologisches Grunddatum

→ **Bemerkenswerte Diagnosen:**

- „Die Pandemie war ein großer Feldversuch in politischer Kommunikation und normativer Steuerung.“ (Wolfgang Janisch, SZ 14.7.2021)
- „Die Pandemie setzt auch die ethischen Grundorientierungen (...) einem Stresstest aus.“ (Peter Dabrock 2021)

⇒ **Zentral: ethische Kriterien für die überzeugende Lösungen vielfältiger Entscheidungskonflikte („Güterabwägungen“)**

⇒ **Phase des Lebensendes:
tatsächliches Inblicknehmen der absehbaren Folgen und unabsehbaren/unbeabsichtigten Nebenfolgen**

(2) „Schutz vor Kollaps des Gesundheitswesens“: die oberste Priorisierung und ihre dramatischen Begleitschäden

→ Pandemie eine „Landschaft permanenter Priorisierungen“

- zwischen verschiedenen Bereichen des öffentlichen wie privaten Lebens
- innerhalb der verschiedenen Einzelbereiche

→ grundsätzlich:

Priorisierungen (von Staatsseite) sind moralisch legitim und geboten!

- Bevorzugen bei gleichzeitiger Hintanstellung (Posteriorisierung) nach plausiblen Kriterien in transparenten Verfahren
- Ausschalten
 - des ‚Windhund‘-Prinzips
 - des ‚Ellenbogen‘-Prinzips
 - des ‚Vitamin-B‘-Prinzips

(2) „Schutz vor Kollaps des Gesundheitswesens“: die oberste Priorisierung und ihre dramatischen Begleitschäden

→ **Grundauffassung des DER** (ad-hoc-Empfehlung 3/20):

„Der ethische Grundkonflikt erfordert die Abwägung

- des erhofften Nutzens einer Strategie körperlicher Distanz für die dauerhaft belastbare Aufrechterhaltung des Gesundheitssystems
- mit den befürchteten oder unmittelbaren Schäden für die politische, soziale, wirtschaftliche und kulturelle Lebenslage derjenigen Personen oder Personengruppen, die von dieser Strategie unmittelbar oder mittelbar betroffen sind.“

(2) „Schutz vor Kollaps des Gesundheitswesens“: die oberste Priorisierung und ihre dramatischen Begleitschäden

→ Grundfehler (auch des DER): unzulässige Verkürzung

- von Gesundheit:
 - nicht nur physisches Überleben
 - sondern auch psychisches, soziales und mentales Leben (vgl. WHO)
- des Gesundheitswesens
 - mehr als nur stationäre intensivmedizinische Versorgung/Behandlung
 - auch (umfassende!!!) Prävention, Pflege, Rehabilitation in stationären und ambulanten Settings

(2) „Schutz vor Kollaps des Gesundheitswesens“: die oberste Priorisierung und ihre dramatischen Begleitschäden

→ **Psychosoziale/gesundheitliche Begleitschäden (Stand 4/2020!)**

- „Patienten, deren medizinische Behandlung als derzeit nicht zwingend notwendig ausgesetzt wird, -
- Personen in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, der Behindertenhilfe, der Sozialpsychiatrie und in Pflegeheimen, denen Besuche weitgehend vorenthalten und für die nahezu sämtliche Freizeit-, Arbeits-, Bildungs- und Therapie-Angebote eingestellt werden,
- Frauen und Kinder, die von häuslicher, durch sozialen Stress induzierter Gewalt bedroht sind,
- Personen, denen Vereinsamung droht“ (DER ad-hoc-StN S.6)
- „Einschränkungen, Beschränkungen und Verbote (...) sorgen auf vielen Ebenen für psychische, soziale und spiritueller Belastungen mit Auswirkungen auf die Gesundheit.“ (DGP u.a. Empfehlungen, S.1)
- Wegbrechen basaler materieller wie psychosozialer Versorgungsstrukturen (Tafeln, Kita-Essen, Wohnungslose usw.)
- usw. usw.

(2) „Schutz vor Kollaps des Gesundheitswesens“: die oberste Priorisierung und ihre dramatischen Begleitschäden

→ Lock-down-Dilemmata für Pflegebedürftige in ambulanter/stationärer Langzeitpflege

- Einerseits:
 - Notwendigkeit strikter Hygienekonzepte zur Unterbindung von Transmissionen/eingetragenen Infektionen wegen extrem höheren Risikos (bis 500-fach) der schweren oder tödlichen Erkrankung
 - Beachte: bis 2/2021 ca. 75% COVID-19-Tote in Einrichtungen der Langzeitpflege (nicht: Krankenhäuser!)
- Andererseits:
 - (interne wie externe) soziale Isolation mit irreversiblen Schäden und erhöhter Sterblichkeit
 - Soziale Deprivation, (sub-) klinische Depressionssymptome
 - (massive) Unterversorgung bei Gesundheitsdienstleistungen bei Fachärzten und Physio-, Ergo- oder Logotherapien, **Palliation**
 - Wegbrechen rehabilitativer Versorgungsketten
 - Usw., Usw.

(2) „Schutz vor Kollaps des Gesundheitswesens“: die oberste Priorisierung und ihre dramatischen Begleitschäden

⇒ Erstes Zwischenfazit

1. Teilkollaps der Gesundheitswesens

- Abwendung eines Kollapses intensivmedizinischer Versorgung
- **erhebliche kollabierende Tatbestände in anderen Bereichen des Gesundheitswesens**

2. Medizinische Triage von Anfang:

- Vorhalten stationärer/intensivmedizinischer Versorgungskapazität für schwere COVID-19-Verkäufe, weil höchste Dringlichkeit
- ⇒ Verschieben sog. elektiver Operationen usw., weil weniger dringlich

(3) Medizinische Triagisierungen: hart, weich, grau, fremdinduziert, selbstinduziert

→ Triage in moderner Katastrophen- und Notfallmedizin

- **Vorauswahl: keine Behandlungsfälle**
 - sog. ‚hoffnungslose‘ Fälle: zwar schwere Bedürftigkeit, aber nach ärztlichem/menschlichen Ermessen keine/extrem geringe Erfolgschance (= Überlebenschance)
 - ⇒ keine medizinische Indikation
 - Leichtverletzte ohne nennenswerte Behandlungsnotwendigkeit
 - ⇒ keine zwingende medizinische Indikation
 - **Eigentliche Priorisierung nach Dringlichkeit**
 - Kategorie I: akut lebensgefährdet; *sofort* zu behandeln
 - Kategorie II: nicht akut lebensgefährdet, aber zur Verbesserung ihrer Langzeitprognose *rasch* zu behandeln
 - Kategorie III: keine Lebensgefahr; *verzögert* zu behandeln
- ⇒ **entscheidendes Kriterium: Dringlichkeit**

(3) Medizinische Triagisierungen: hart, weich, grau, fremdinduziert, selbstinduziert

→ **Drei substantielle Erweiterungen aktueller Vorschläge**

- **ausdrücklicher Verweis** auf die Maßgeblichkeit des Patientenwillen
- **Erfolgsaussichten**
 - Bislang nur:
individuell erwartbarer Nutzen (persönliche Erfolgsprognose zur Feststellung der medizinischen Indikation)
 - komparativ erwartbarer Nutzen (unmittelbar Konkurrierende)
 - kollektiv erwartbarer Nutzen (für betroffene Gesamtpopulation)
- **„reiterative“/„rollende“/„wiederholende“ Einbeziehung** in Priorisierungsentscheidungen („ex-post-Entscheidungen“)
 - zwischen allen in der Versorgungseinrichtung befindlichen Patient:innen!

(3) Medizinische Triagisierungen: hart, weich, grau, fremdinduziert, selbstinduziert

→ Probleme: Strukturelle Diskriminierungsgefahren

- ‚graue‘ Triage:
Vorauswahl als ‚aussichtsloser‘ Fall
- selbstinduziert
 - Freiwilliger Verzicht zugunsten anderer (vermeintlich) vorzugswürdiger Personen (-gruppen) mit Gefahr prekärer Selbstbestimmung
 - Verzicht auf intensivmedizinischer Versorgung aus Angst vor Ansteckung, vor sozialer Isolation usw.
- Und: Zuführung zur Palliation nach ex ante/ex post-Triage mit Gefahr faktische Abwertung palliativer Begleitung als Strategie Triage-induzierter Entsorgung

(4) Soziale Isolierungen „auf den letzten Metern“: zur Bedeutsamkeit leibhaftiger physischer Begegnungen

→ Pflegebeziehungen (in Einrichtungen der Langzeitpflege) in den Zeiten von Corona

- Extreme Schädigungen durch das Ausmaß sozialer Isolation (intern wie extern) durch die Strategie der physischen Distanz
- weitgehender Wegfall physisch-leiblicher Kommunikation mit Personen *von außen*
 - An- und Zugehörige
 - externe Dienstleistungen (Physiotherapie usw.)
 - SAPV/ehrenamtliche Hospizaktive
- Restriktion physisch-leiblicher Kommunikation im Internen

(4) Soziale Isolierungen „auf den letzten Metern“: zur Bedeutsamkeit leibhaftiger physischer Begegnungen

⇒ Deutscher Ethikrat 2020

„Für ein Mindestmaß an sozialen Kontakten in der Langzeitpflege während der Covid-19-Pandemie“

- „Notwendigkeit von „Leben in sozialer Teilhabe, das der Würde des Menschen entspricht. Für Menschen mit einer länger anhaltenden Pflegebedürftigkeit ist die Erfahrung von Zugehörigkeit zu Gemeinschaft oft untrennbar an physische Präsenz und insbesondere an die Nähe durch Berührung gebunden.“

→ und sei es nur für einen Augenblick:

- zeitlich und physisch
- **und wechselseitig!**

(4) Soziale Isolierungen „auf den letzten Metern“: zur Bedeutsamkeit leibhaftiger physischer Begegnungen

→ **Besondere Situation Sterbender und ihrer An- und Zugehörigen**

- „*Sterbende* sind auf emotionalen, spirituellen und gegebenenfalls auch seelsorgerischen Beistand angewiesen, weil er ihnen eine Hilfe beim Lebensrückblick wie auch bei der Verbalisierung von spirituellen oder religiösen Anliegen bieten kann. Zudem erfüllt die Begleitung in der letzten Lebensphase eine wichtige Funktion mit Blick auf die allmähliche Loslösung vom Leben sowie von Lebensbereichen, denen sich Betroffene sich besonders verbunden fühlen.
- Durch die auch physisch erfahrbare Begleitung wird Sterbenden geholfen, sich auf das Sterben einzustellen und den herannahenden Tod zuzulassen. Ohne derartige Kontakte wird der herannahende Tod nochmals mehr als Bedrohung (wenn nicht sogar als Zerstörung) erlebt. Eine emotional tragfähige Begleitung ist nicht nur für Sterbende von Bedeutung. Auch An- und Zugehörige wollen in Einrichtungen der Langzeitpflege Wohnende während der letzten Lebensphase vielfach begleiten und sich von ihnen verabschieden können. Nicht in der Lage gewesen zu sein, einen Sterbenden zu begleiten, hinterlässt nicht selten Schuldgefühle.
- Auch im Hinblick auf die Begleitung sterbender Menschen ist der wichtige Beitrag ehrenamtlich Tätiger (...) zu berücksichtigen.“

**(5) Statt eines Fazits:
Verletzlichkeit und Widerstandsfähigkeit als
sozialanthropologisches Grunddatum**

→ **Verletzlichkeit (Vulnerabilität) wie Widerstandsfähigkeit
(Resilienz) als
„sozialanthropologisches Grunddatum“**

≈ von (Einzel-) Personen

≈ von Institutionen

→ **Situativ und strukturell**

- in gewöhnlichen wie außergewöhnlichen Lebenslagen
- durch und von Institutionen

→ **Widerstandsfähigkeit**

- kein (heroisches) Überwinden von Verletzlichkeit
- **sondern Bestehenkönnen in Situationen (strukturellen)
Verletztseins und Verletztwerdens**