

Andreas Zieger

Die große Offenbarung

Was die Corona-Pandemie in der gesundheitlichen Versorgung von neurologisch Schwerstbetroffenen und Schwerstbeeinträchtigten aufgedeckt hat.

Beobachtungen eines einzigartigen Zeitgeschehens während der ersten Welle (5. März bis 10. Mai 2020) mit einer kritischen Würdigung der Auseinandersetzungen um Ungewissheit, begrenzte Mittel und ethische Brennpunkte.

Inhaltsübersicht

I Vorbemerkungen: Offenbarung - Gesundheit ist keine Ware - Leben heißt Zusammenleben - Beeinträchtigungen („Behinderungen“) sind nicht angeboren

II Die Lage vor der Covid-19-Pandemie: Häufigkeit und Versorgungslage schwer neurologisch Kranker und Hirnverletzter - Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe - Katastrophenmedizin

III Während der Pandemie: „Verohnmächtigung“ - Trennung der Kontakte, Einschränkungen der Grundrechte, Verlust an Teilhabe – Ausnahmezustand – Bedeutung für neurologisch Erkrankte und Beeinträchtigte (Behinderte“) - Medikamente und Impfstoffe - Aufdeckung von Mangelzuständen - Sonderregelungen für die NeuroRehabilitation und Direkteinweisungen - Belastungen für Menschen mit Behinderung, Assistenzkräfte und Schwerkranke - Sterblichkeit und Triage: Die Teilhabe des Todes am Leben - Umstrittene Triagekriterien - Ethische Konflikte - Aus dem Artikel von Cassandra Ruhm - Palliativ-Intensivmediziner zu Covid-19-Behandlungen - Medizinrechtliche Betrachtungen - - Streit um Lebensschutz und Grundrechte - „Katastrophenethik“ - „Exit“-Strategie - Kritik am Krisenmanagement der Regierung

IV Aussichten für die Zeit danach: Lehren aus der Corona-Krise - Was aufgedeckt wurde und offenbar geworden ist - Was ungeklärt bleibt - was sich umgehend ändern muss - Ethikbeiräte auf Länderebene - Aufhebung von Ungleichbehandlung und Menschenrechtsverletzungen - Die inhumane kriegs- und katastrophenmedizinische Ethik durch eine Ethik der sorgenden Beziehungen (Care-Ethik) ablösen - Corona-Erfahrungen mit Klimaschutz und Verkehrssicherheit verbinden

V Aufruf an die politisch Verantwortlichen (Neuro-Netzwerk Weser-Ems e.V.)

VI Beigezogene Quellen

VII Ausgewählte Referenzen

VIII Danksagung

IX Angaben zum Autor

I Vorbemerkungen

Offenbarung

Eine Offenbarung macht etwas augenscheinlich und sichtbar, was bisher unsichtbar oder verdeckt war. Es handelt sich um die Aufdeckung eines Sachverhaltes, der bisher unbekannt oder nicht ausreichend geklärt ist. In diesem Sinn bestehen enge Beziehungen zu biblischen Offenbarungen. Diese können ganz verschiedene Dinge zum Inhalt haben: Ereignisse im Leben eines Menschen, die Klärung von Situationen oder die Vorhersage von zukünftigen Ereignissen für die Menschheit. Aus Offenbarungen ergeben sich häufig Antworten auf die Frage nach dem Sinn des Lebens oder Orientierungen bei moralischen und gesetzlichen Fragen.

Die derzeitige Corona-Pandemie ist etwa 100 Jahre nach der letzten „Spanische-Grippe“-Pandemie aufgetreten. Wie zuvor durch Weltkriege und andere Pandemien werden durch diese Grenzsituation alle gängigen zivilisatorischen Sicherheiten und Selbstsicherheiten in Frage gestellt. Jedoch unterscheidet sich die Corona-Pandemie von den vorausgegangenen Pandemien, dass sie in Friedenszeiten wütet, im Kontext eines für viele Bürger nahezu sorglosen Alltags mit weltweiten Tourismus- und Warenströmen.

Im Unterschied zu der Figuration der „Offenbarung“ der vier apokalyptischen Reiter Krieg, Gewalt, Hungersnot und Seuchen des Johannes von Patmos, ist die Corona-„Pestilenz“ allein dahergeflogen gekommen. Und während die Pest in der Zeit nach 1348 aus Zentralasien zwei Jahre brauchte, um vom Schwarzen Meer, dem Endpunkt der Seidenstraße, zu uns zu gelangen, „flog“ das in China ausgebrochene Corona-Virus praktisch über Nacht zu uns. Offen muss derzeit bleiben, welche Beziehungen zwischen den andauernden Krisenherden, globalisierten neoliberalen Wirtschaftskriegen, der Armut und Ungleichverteilung der Güter, den mangelnden Hygienezuständen, der Unterernährung, dem menschlichen Elend und Leid auf der einen Seite und Umweltzerstörung mit dem planetarischen Klimawandel auf der anderen Seite als Nährboden für die Corona-Pandemie bestehen.

Menschen zeigen, wenn man die Geschichte früherer Seuchen heranzieht, historisch wie auch gegenwärtig ähnliche Reaktionen und Verhaltensweisen auf. Die erste Reaktion auf den Ausbruch besteht im Verleugnen und Nichtwahrhabenwollen: „Nationale und lokale Behörden haben immer mit Verzögerungen reagiert. Sie haben die Fakten verzerrt und die Zahlen geschönt, um einen Ausbruch zu verschleiern.“ Die zweite Art der Reaktion „besteht in der Erfindung und Verbreitung von Gerüchten und haltlosen Behauptungen.“ Das hat sich offenbar bis heute unter den Bedingungen von Telekommunikation, modernen Medien und weltweiter Vernetzung nicht wesentlich geändert mit Ausnahme des Tempos und der Tiefe dieser Reaktionen. „Die häufigsten Gerüchte bei einem Ausbruch der Pest galten der Frage, wer die Krankheit eingeschleppt hatte und woher sie kam.“ Seit Mitte März besteht das Gerücht, welches sich außenpolitisch zu einer Krise skandalisiert hat, dass das Sars-CoV-2-Virus in einem Labor im chinesischen Wuhan ausgebrochen und „Chinas Antwort auf die Vereinigten Staaten und den Rest der Welt“ sei. Solche Gerüchte können gegenseitige Anschuldigungen, Panik, Gewaltausbrüche und Aufruhr schüren – wie es gegenwärtig aus einigen Ländern berichtet wird. Gemeinsam ist diesen Reaktionen die Abwehr von Ängsten gegenüber dem Tod als dem großen Gegenspieler des Lebens. Seuchen und Pandemien lassen uns erkennen, „dass es keinen Ort gibt, an den wir flüchten könnten. Das Wissen darüber, dass die ganze Menschheit, von Thailand bis New York, unsere Sorgen teilt, wie und wo man einen Mundschutz zu tragen hat, wie man auf die sicherste Weise mit den Lebensmitteln aus dem Supermarkt umgeht und ob man sich in Quarantäne begeben muss oder nicht, ist eine ständige Erinnerung daran, dass wir nicht allein sind. Es bringt ein Bewusstsein von Solidarität hervor: „Wenn aus dieser Pandemie eine besser Welt hervorgehen soll, werden wir zueinander stehen müssen, bescheiden und solidarisch, so wie es dieser historische

Augenblick erfordert.“ (alle Zitate von Orhan Pamuk, in SZ, Nr. 100, vom Donnerstag/Freitag 30. April/1. Mai 2020, S. 11 – Feuilleton; Literaturnobelpreis 2006 für „Pestnächte“).

Gesundheit ist keine Ware

Gesundheit ist ein hohes Gut. Gesundheit wird nicht erworben, sondern ist einem gegeben. Gesundheit ist nicht allein die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen, sondern meint aus Sicht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen idealen Zustand des vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Gesundheit betrifft alle Lebensbereiche über alle Lebensspannen. Sie ist keine Ware, die man kaufen oder wie einen Gegenstand reparieren oder einfach wiederherstellen kann. Man kann seine Gesundheit durch Vorbeugung schützen, aktiv fördern und durch eine angemessene Lebensweise erhalten. Bildung und Lebensstil haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Man kann Gesundheit nach Verletzung oder Krankheit durch Rehabilitation wiedergewinnen und durch Training stärken. Gesundheit, Krankheit, Geburt, Sterben und Tod gehören zum Leben. Man kann seine eigene Gesundheit durch gesunde Lebensführung so lange wie möglich erhalten. Partizipation und Teilhabe, das Eingebundensein in alle Lebensbereiche der Gemeinschaft wirkt gesundheitserhaltend und –fördernd. Die WHO hat Prävention (Gesundheitserhaltung durch Vorbeugung und Früherkennung), Kuration (Heilung durch Behandlung und Intervention), Rehabilitation (Funktionsverbesserung, Wiedereingliederung, Partizipation und Teilhabe) sowie Unterstützung und Erhaltung (Selbsthilfe, einschließlich Palliation) zu den vier „Säulen“ der gesundheitlichen Interventionen und den Hauptstrategien des Gesundheitssystems erklärt (vgl. Zieger 2014). In den letzten Jahrzehnten hat sich das bisher vorherrschende Verständnis von der Konzentration auf die Krankheit (Pathogenese) hin zur Sorge um die Gesundheit, Gesunderhaltung und Gesundheitsbildung (Salutogenese) verschoben.

Leben heißt Zusammenleben

Das Phänomen Leben bleibt unverstanden, wenn es lediglich an den traditionellen schulbiologischen Eigenschaften wie Stoffwechsel, Bewegung, Wachstum, Fortpflanzung und Reizbarkeit definiert wird. In Albert Schweitzers Ethik der „Ehrfurcht vor dem Leben“ ist „Leben inmitten von Leben, das leben will“ enthalten. Die heute dominante Bio-Medizin stützt sich mit ihren Annahmen von Leben und Lebendigkeit auf überkommene Gewissheiten einer Ingenieursbiologie, die Leben, auch das menschliche, auf eine organismische und mechanische Maschinerie zurückführt, die man reparieren, manipulieren und sogar künstlich erzeugen kann (Ulrich 1997). Jedoch: „Leben entsteht nicht neu ... Leben findet immer schon Lebendes vor ... Wer Leben erforschen will, muss sich am Leben beteiligen.“ Diese Aussagen des Begründers der Medizinischen Anthropologie, Viktor von Weizsäcker, stellen die positivistische Lebenswissenschaft, Ingenieursbiologie und Bio-Medizin grundsätzlich in Frage. Sie sind verbunden mit einem jahrzehntelangen Disput über den Beginn des Lebens und über das Lebensende (Sterben und Tod), vor allem im Hirntodsyndrom als ein „Leben im Sterben von als ´hirntot´ diagnostizierten Menschen“ (Zieger 2019). Das ist zwar gesetzlich als „der Hirntod ist der Tod des Menschen“ geregelt, aber weiterhin eine virulente und menschenrechtlich und ethisch ungelöste Streitfrage. Denn wie der Philosoph Alva Noe schon vor vielen Jahren in seiner „radikalen Philosophie des Bewusstseins“ zutreffend festgestellt hat, ist „Leben die Grenze des Bewusstseins“. Die bioethischen Berater des vorvorletzten US-Präsidenten haben zur Überwindung des Dilemmas der Definition von Leben und Hirntod vorgeschlagen, Leben als Phänomen auf der Grundlage eines vitalen selbsterhaltenden Stoffwechsels bei permanenter Offenheit zur Umwelt mittels Stoffaustausch ohne ein Bewusstseinskriterium neu zu definieren. Dabei sind tatsächlich jedoch „Leben“, „Sterben“ und „Tod“ nicht allein biologisch, medizinisch, neurowissenschaftlich oder philosophisch bestimmbar, sondern weitgehend kulturell geformt und sozial konstruiert.

Das Leben wird auch in der Corona-Pandemie, obwohl sie viele Todesopfer kosten wird, weiter gehen. Kultur ist wie der Mensch lebt. Die Kultur der Menschheit ist auf Zusammenleben, Wohlstand und Überleben angelegt. Die Geschichte der Menschheit zeigt auf, dass viele Kulturen untergegangen sind. Leben bedeutet Veränderung in einer Balance zwischen Lebensrisiko und Überlebenswillen. Für viele Menschen scheint heutzutage Shopping und das Auslebens von Konsumbedürfnissen ein vorrangiger Lebensinhalt geworden zu sein. Wir schützen uns vor Lebensrisiken mit Lebensversicherungen. Menschliche Planungen sind auf „Lebenslänge“ angelegt. Bei Verunfallten, geschwächten Alten, Schwerkranken, Intensivpatienten und Sterbenden wird auf Lebenszeichen geachtet. Lebensmüde Menschen neigen zu Depression und Selbstmord. Deshalb gilt es, deren Lebensumstände zu verbessern. Jeder Mensch beansprucht einen bestimmten Lebensraum, der in Großstädten, Mehrfamilienhäusern, in den Townships Südafrikas, den Slums in Südamerika, auf den Straßen von Bombay und in den Lagern der Migranten und Flüchtlingen vor Krieg, Elend und Folter für Millionen von Menschen nicht gegeben ist. Derzeit ist die Lebensfreude vieler Menschen auf der Welt schwer beeinträchtigt. Es besteht Lebensangst und Lebensgefahr. Wenn das Wirtschaftssystem heruntergefahren bleibt oder kollabiert, können Menschen ihren Lebensunterhalt nicht mehr bestreiten. Die Bedrohung durch das Corona-Virus macht uns das Leben und Zusammenleben wieder mehr bewusst. Unser Lebensrecht ist eingeeengt. Wir erleben, was für schwerstbeeinträchtigte Menschen im Koma und Wachkoma immer noch und immer wieder auf der Tagesordnung steht, dass nämlich Lebensrecht und Würde fremdbestimmt abgesprochen sind und ihnen die Teilhabe und das Zusammenleben mit ihnen versagt werden, indem man sie als „aussichtslose“ oder „hoffnungslose“ Fälle ohne sinnvolle Behandlungs- und Lebenschancen abstempelt.

Zusammenleben, Zusammenhalten und Zusammenstehen ist das wichtigste Lebensmittel für Menschen und setzt Vertrauen voraus. Wir erkennen Dienste und Berufsgruppen, die zwar einkommensmäßig nicht sonderlich wertgeschätzt werden, heute unter Corona-Bedingungen als „systemrelevant“ erachtet werden, weil sie für unser aller Überleben wichtig und unverzichtbar sind. Daraus ein neues Heldentum abzuleiten, mindert den Wert ihrer Arbeit und verkennt ihre wertvollen Dienste, indem man sie als „Dienstleistung“ mit rein wirtschaftlichen Profitinteressen verkoppelt. Wir erkennen, dass eine ausreichende Pflege auf der Intensivstation, im Krankenhaus, in der Rehaklinik, in der ambulanten Wohngemeinschaft, in der Tagespflege, in der ambulanten 24-Std.-Intensivpflege, in der Senioren- und palliativen Pflegeeinrichtung und nicht zuletzt in der ambulanten häuslichen Pflege und Versorgung *durch pflegende Angehörige, die allein 70% ausmachen(!)*, nicht nur mitmenschlich geboten ist, sondern für das gesamte Gesundheitssystem und die Daseinsvorsorge von hoher Bedeutung ist, ganz abgesehen von einer angemessener menschenwürdiger Versorgung von Millionen von chronisch kranken, unselbständigen gebrechlichen, dementen und auf Heimbeatmung angewiesenen Menschen als unsere gleichberechtigten Mitbürger*innen.

Das Leben mit der Krankheit Covid-19, ausgelöst durch das Virus Sars-CoV-2, welches von Biologen und Virologen selbst als gar kein „richtiges“ Lebewesen eingeschätzt wird, verbreitet in der Bevölkerung erhebliche Verunsicherung und Lebensangst, die panikartige Stimmungen hervorruft, je enger die Lebensräume und je schlechter die Lebensverhältnisse mit langdauernden Ausgangssperren, Arbeitslosigkeit, Leben am Existenzminimum und Aussichtlosigkeit werden. Die gegenwärtige Pandemie kann unser Bewusstsein schärfen für Grenzsituationen und persönliche Vorstellungen über unser eigenes Leben, Sterben und Tod. Versagen, Verlassen werden und Vergehen (Tod) sind drei wesentliche Grundängste des Menschen. Deren Grundmotivationen sind Sinn („Leistung“), Liebe („Anschluss“) und Leben („Macht“) (Bergner). „Von den Toten lernen wir für das Leben“ (Püschel). Es werden dabei unweigerlich Fragen nach dem Lebenswert und den würdevollen Lebensbedingungen

aufgeworfen. Die Corona-Krise zwingt uns in aller Schärfe, darüber hinaus unsere Lebensführung („Lebenskunst“) und unseren Umgang mit unseren Lebensgrundlagen Wasser, Luft, Lärm, Energiehaushalt, Klima, Umwelt, Artenvielfalt, Landwirtschaft und alle Formen der industrialisierten Wirtschaft, gerade auch der börsengetriebenen Finanzwirtschaft, ökologisch und nachhaltig zu überdenken. Das erscheint nicht nur lebenswichtig, sondern auch lebensnotwendig!

Beeinträchtigungen („Behinderungen“) sind nicht angeboren

Das zuvor Gesagte hat Auswirkungen auf das gewöhnliche Verständnis von „Behinderung“. Kommt ein Mensch zum Beispiel mit einem überschüssigen Chromosomensatz (Trisomie 21) zur Welt, ist er keineswegs angebotenermaßen „behindert“, sondern ihm ist für seine individuelle Entwicklungs- und Lebensbedingungen lediglich eine andere, wenn auch prägnante, genetische Grundausstattung mitgegeben, über deren Ausprägung und Entwicklung zu einem Down-Syndrom entscheidend gelingende oder misslingende Interaktionen, fördernde und hemmende Umweltfaktoren und auch sozial vernachlässigende Beziehungen beitragen. Wenn medizinisch im vorgeburtlichen Ultraschall eine Organveränderung festgestellt und mit: „Ihr Kind hat eine Behinderung“ gedeutet wird, dann ist diese Veränderung häufig eine Fehlbildung, eine Abweichung von biomedizinischen Normwerten, die auf eine mögliche spätere Funktionsstörung hinweisen. Es ist ein moderner biomedizinischer Mythos, jede Abweichung der der Norm, ein veränderter Chromosomensatz wie eine Trisomie 21 führe naturgemäß und „automatisch“ zu einer Behinderung! Fehlbildungen und Trisomie 21 sind Ausdruck der individuellen Vielfalt menschenmöglicher Seinsweise, der mit Hilfe von intensiver Zuwendung, Entwicklungsförderung, Partizipation und sozialer Teilhabe (Inklusion), z.B. durch gemeinsamen integrativen Unterricht, verstärkte Entwicklungschancen und Bildungsperspektiven, zum gleichberechtigten und gleichwertigen Leben verholfen werden kann. Diese eröffnen den einzelnen Anderen Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, an der Kultur der Menschheit und an der Vielfalt des Menschseins. Eine solche Denkweise gilt auch für Menschen mit „erworbener“, d.h. erlittener Hirnschädigung und neurologischer Beeinträchtigung nach Schlaganfall, Schädel-Hirntrauma, Sauerstoffmangel nach Herzstillstand oder Nervenentzündung nach Infektion. Eine solche Denkweise kann die immer noch oft negative Einstellung in Ärzteschaft und Bevölkerung wie auch den Umgang mit Betroffenen und Familien entscheidend positiv verändern.

Wenn man „Isolation“ als eine zentrale Kategorie von Entwicklungseinschränkung und „Behinderung“ versteht, kann die Corona-Pandemie als das größte Isolationsexperiment der Menschheit begriffen werden. Das Virus lehrt uns, behindernde Lebensverhältnisse zu erfahren und damit zu leben. Eine Behinderung ist nicht angeboren, sondern entsteht immer erst dann, wenn Menschen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, am gemeinschaftlichen Zusammenleben, verwehrt wird. Von daher wird deutlich, dass als zentrales Kriterium für ein erfülltes und gelingendes menschliches Leben das Zusammenleben in Anerkennung, Wertschätzung, Zuwendung, Liebe und Solidarität zu verstehen ist.

II Die Lage vor der Covid-19-Pandemie

Häufigkeit und Versorgungslage schwer neurologisch Kranker und Hirnverletzter

In Deutschland leben etwa 70.000 Menschen mit schweren und schwersten Schädigungen des zentralen Nervensystems (DVfR 2013). Die Inzidenz für Schlaganfall beträgt 250 pro 100.000 Einwohner pro Jahr (Stahmer et al 2019); die Prävalenz (Häufigkeit) von Schlaganfallfolgen: bis zu 800.000, dabei besteht eine Rezidivrate von 19,4 Prozent; bei einem Viertel der Überlebenden ist mit schweren Behinderungen, hohem Pflegebedarf und erheblichen Einschränkungen der Teilhabe zu rechnen; anerkannte Schwerbehinderung (Grad der Behinderung GdB > 50/100 Punkte): 400.000 (Wallesch & Reuther 2015). Die Mortalität

nach dem Erstereignis liegt nach 5 Jahren bei 45 Prozent. Vergleichbare Daten existieren für das Schädel-Hirn-Trauma (SHT). Bender et al (2015) haben gezeigt, dass sich der Aktivitäts- und Teilhabestatus von SHT-Patienten durch eine intensive interdisziplinäre Intervallbehandlung deutlich steigern lässt. Von 40.000 Leistungsfällen mit SHT pro Jahr in der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) sind mindestens 4.000 schwer und schwerstbeeinträchtigt (Gonschorek 2016).

Bundesweit ist demnach von etwa 1 Mio. Neuro-, „Behinderten“ auszugehen, davon je 400.000 mit Schlaganfall und SHT, zusätzlich 200.000 mit neuromuskulären chronischen Erkrankungen, davon 30.000 bis 50.000 chronisch kritisch-neurologisch Kranke und Beatmete. 10 bis 30 Prozent der Schwer- und Schwerstbetroffenen haben einen hohen und komplexen Informations- und Versorgungsbedarf an Nachsorge und Teilhabe. In Anbetracht des demografischen Wandels sind steigende Zahlen zu erwarten. Bezogen auf das Weser-Ems-Gebiet betrifft dies etwa 17.000 Menschen; diese Zahl dürfte sich mindestens, wenn man die engen Angehörige und Familienmitglieder miteinbezieht, verdoppeln, wenn nicht sogar verdreifachen.

Laut einer bundesweiten Befragungsstudie zur Nachsorge und Teilhabe der Hochschule Magdeburg Stendal mit Förderung der ZNS-Stiftung (Nothnagel 2015) sind 89 Prozent der befragten Patienten, Angehörigen und medizinischen Experten (N = 439) mit der bestehenden Nachsorge und Teilhabe unzufrieden. Als Gründe hierfür wurden u. a. angegeben: Fehlendes Wissen und Verständnis in Öffentlichkeit und Behörden, gravierende Mängel und Lücken in der Versorgung, zergliederte Sektoren und Zuständigkeiten (stationär/ambulant), fehlende flächendeckende und neurokompetente Angebote wie Reha-Neurologen, fehlende Nachsorgeambulanzen, Therapeuten, Pflege, Tagesstätten, fehlende Regionalisierung und Vernetzung der Leistungsangebote, häufiger sozialer Abstieg (Sozialhilfe) von Patienten und ganzen Familien sowie fehlende Versorgungs- und Teilhabe-Forschung.

Von den in Deutschland lebenden ca. 1 Mio. Menschen mit neurologischen Beeinträchtigungen werden ca. 30-50.000 beatmungspflichtige Menschen in Pflegeeinrichtungen, ambulanten Intensivpflege-Wohn-gemeinschaften oder in häuslich-ambulanter Pflege versorgt. Diesen Menschen ist ein hoher und komplexer Informations- und Versorgungsbedarf an (Früh-)Rehabilitation, Nachsorge und Teilhabe gemein.

Was uns mit der Corona-Pandemie aus der Wohlstandsschläfrigkeit aufgeschreckt und die hektische Betriebsamkeit des turbokapitalistisch funktionierenden Normalzustandes abrupt unterbrochen hat, ist nicht das Virus selber, sondern die Angst vor seinen heimtückischen, unberechenbaren und tödlichen Auswirkungen. Was wir spüren und wodurch wir uns bedroht fühlen ist die „Teilhabe des Todes am Leben“ (Weizsäcker). Es sind die Erfahrungen und Offenbarungen einer sonst kaum noch wahrgenommenen oder verspürten individuellen und kollektiven Verletzlichkeit, Sterblichkeit und Endlichkeit menschlicher Existenz (Lévinas). Diese prinzipielle Verwundbarkeit ist allen Menschen gemeinsam. Sie verbindet die sogenannten Risikogruppen wie Alte, von Armut Betroffene, Obdachlose, traumatisierte und kranke Migranten, Frühgeborene, chronisch und beatmungsbedürftige Langzeitkranke, Schwerstmehrfachbehinderte, Krebskranke, Sterbende - und eben auch chronisch neurologisch Kranke und Schwersthirngeschädigte - miteinander. Die Corona-Pandemie offenbart, dass alle Menschen im gleichen Boot sitzen, aus dem es derzeit kein Entrinnen gibt, weil Rettungsinseln und Heilmittel nicht in Sichtweite sind.

Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe

Über die Gefahren der weltweiten Ausbreitung einer Corona-Pandemie ist der Deutsche Bundestag bereits im Januar 2013 ausführlich informiert worden. In einem am 24. März 2020 im ZDF veröffentlichten Beitrag „Versäumte Pandemie-Vorsorge. Das Robert Koch-Institut (RKI) hatte dem Parlament damals einen Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz

2012' vorgelegt: „Darin war im Detail das Szenario eines 'außergewöhnlichen Seuchengeschehens' beschrieben worden - ausgelöst durch eine 'von Asien ausgehende weltweite Verbreitung' eines Corona-Virus ('novel Coronavirus')". In der Bundestagsdrucksache 17/12051 vom 03. Januar 2013 heißt es dazu: "Das Besondere an diesem Ereignis ist", dass es die gesamte Fläche Deutschlands und alle Bevölkerungsgruppen in gleichem Ausmaß betreffe und "über einen Zeitraum von drei Jahren mit voneinander getrennten Wellen mit immens hohen Opferzahlen und gravierenden Auswirkungen" zu rechnen sei. Auch zu möglichen Versorgungsengpässen für "Arzneimittel, Medizinprodukte, persönlichen Schutzausrüstungen und Desinfektionsmitteln" hatte die RKI-Analyse damals Prognosen beschrieben. Weil „die Industrie die Nachfrage jedoch nicht mehr vollständig bedienen kann, entstehen Engpässe". Angesichts dieser deutlichen Warnungen vor bereits sieben Jahren werfen Kritiker der Bundesregierung vor, sie hätte zu wenig für den vorbeugenden Bevölkerungsschutz getan. Hätte die Bundesregierung den Virusausbruch vorhersehen müssen? Richtig ist, dass die Behörde 2012 vor einer Pandemie mit einem mutiertem SARS-Erreger warnte. In einer Stellungnahme des RKI vom 26. März 2020 wurde jedoch klargestellt, dass es sich bei dieser Risikoanalyse des Bundesamts für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) um ein hypothetisches Pandemieereignis mit einem modifizierten Virus Modi SARS-2 handele: „Die Szenarien stellten keine Prognose oder Vorhersage eines Ereignisses dar, sondern beschreiben einen möglichen fiktiven Ereignisverlauf eines denkbaren Extremereignisses. Bei dem analysierten Pandemieszenario aus 2012 handelt es sich um ein solches hypothetisches Szenario, das einen hypothetischen Verlauf einer Pandemie in Deutschland beschreibt." Ob und welche Maßnahmen in den Ländern auf Grundlage dieser Risikoanalyse getroffen wurden, entziehe sich der Kenntnis des BBK. Die Fortschreibung, Übung und Bereitstellung der nötigen Ressourcen liege in der Verantwortung jeder einzelnen Behörde und jedes einzelnen Unternehmens. Dennoch entlässt diese Klarstellung die entsprechenden Bundesbehörden, die für den Gesundheitsschutz, die umzusetzenden Maßnahmen und die Bevorratung an Schutzmaterialien zuständig sind, nicht aus ihrer Verantwortung.

Katastrophenmedizin

Die zivile Katastrophenmedizin hat sich geschichtlich aus der militärischen Kriegsmedizin entwickelt. Sie ist eng mit staatlichen Strukturen und Institutionen verbunden, die für Notlagen und Ausnahmezustände, nicht nur in Corona-Zeiten, sondern auch für Katastrophen wie Hochwasser, Stromausfall und Sturm verantwortlich sind wie das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. Dazu ist eine Persönliche Checkliste als Ratgeber für die Notfallvorsorge herausgegeben worden. In dieser Liste sind detaillierte Angaben für die Bevorratung mit Lebensmitteln für zehn Tage zu finden. In den 1980er Jahren wurden zum Schutz der Bevölkerung, genauer für bestimmte höherstehende Bevölkerungsteile, bundesweit Atombunker und unterirdische Krankenhäuser für eine begrenzte Zahl von Menschen eingerichtet.

Immanente Methode im Kriegs-, Notstands- und Katastrophenfall („Ausnahmezustand“) bei stets begrenzten Ressourcen ist die Triage, d.h. die Selektion von Menschen nach bestimmten Kriterien. Diese Kriterien werden seit Jahren bei einem Massenanfall von Betroffenen (Kriegsversehrte, Verkehrsunfallopfer bei einer Massenkarambolage oder Pandemie-Infizierte usw.) angewendet. Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) hat in der aktuellen Covid-19-Situation zur Unterstützung der Krankenhäuser auf seiner Website Teile des Handbuchs Krankenhausalarm- und Krankenhauseinsatzplanung (KAEP) vorab zum Download bereitgestellt.

Aus einem Interview in DIE ZEIT vom 19. März 2020 mit einem derzeit aus dem Ruhestand für die Corona-Testung reaktivierten und erfahrenen Internisten und Rettungsmediziner geht hervor, dass bei einer Triage „nach Dringlichkeit sortiert“ wird als „ein übliches

medizinisches Vorgehen, etwa bei Unfällen mit vielen Verletzten, aber auch in Rettungsstellen: Patienten mit einer massiven Blutung etwa kommen in die dringlichste Kategorie Rot, solche mit leichten Verletzungen in Grün. Menschen, für die es keine Hoffnung mehr gibt, die also höchstwahrscheinlich sterben werden, kommen in die Kategorie Blau – das bedeutet hoffnungslos ... Wir müssen uns auf die Patienten konzentrieren, die wir glauben retten zu können.“ Es wird ersichtlich, dass eine Triage nach Kategorien erfolgt, von denen die Ärzte *glauben*, retten zu können oder nicht. Kriterien für die unterstellte „Hoffnungslosigkeit“ hinsichtlich (einer fremdbestimmt spekulierten) Sterbensnähe, Lebenserwartung, Lebensqualität und Lebenszufriedenheit gibt es nicht, sondern die Ärzte entscheiden nach fachlicher Erfahrung und „geglaubter“ Wahrscheinlichkeit.

III Während der Pandemie

Der erste Infektionsfall mit Covid-19 wurde am 28. Januar 2020 bei einem 33-jährigen Mitarbeiter eines Automobilzulieferers in Stöckdorf/Bayern festgestellt. Er hatte sich während einer firmeninternen Schulung bei einer am 19. Januar aus Shanghai angereisten Kollegin infiziert (Wikipedia).

+++ CORONA-Ticker (RKI) +++ 5. März 2020 +++ Infizierte: 400 +++ Todesfälle: 0 +++

„Wir werden durch Corona unsere gesamte Einstellung gegenüber dem Leben anpassen – im Sinne unserer Existenz als Lebewesen inmitten anderer Lebensformen.“ (Slovoj Zizek, Philosoph, zit. in NWZ-Extra vom 30. April 2020, S. 22)

Die Covid-19-Pandemie ist eine weltweite Naturkatastrophe mit verheerenden Ausmaßen und Folgen. Nach heutigem Kenntnisstand, von China ausgehend, verbreitet sich das Sars-CoV-2-Virus über die Wege einer global vernetzten Welt und trifft innerhalb weniger Wochen auf unzureichend vorbereitete hochindustrialisierte und gesundheitlich überforderte arme und unterentwickelte Länder. Diese Pandemie hat eine weltweite Krise in allen Lebensbereichen heraufbeschworen. Bei Aristoteles heißt Krise: „Entscheidung“. Die Krise ist ein Prozess zur Genesung oder in den Untergang, den Tod. In diesem Sinne unterteilt die Krise die Zeit in eine Zeit davor und eine Zeit danach. Das Leben in einem Krisenmodus kommt dem Leben in größter Unsicherheit, in einer Grenzsituation (Jaspers), gleich. Karl Jaspers, selber zeitlebens von einer chronischen Lungenkrankheit betroffen, hat den Begriff der Grenzsituation 1917 unter dem Eindruck der kollektiven Situation des vom Ersten Weltkrieges und der Spanischen Grippe drohenden Todes entwickelt. Sein Mentor, der Soziologe Max Weber, ist 1920 an der Spanischen Grippe verstorben.

Diese Pandemie als die gewaltigste Naturkatastrophe seit 100 Jahren öffnet uns die Augen über die Natur der modernen Gesellschaft. In einer globalisierten Welt lernen die Menschen jetzt mehr über die Natur der Gesellschaft, den Klimaschutz und das raubbauartige Wirtschaften als über die Pandemie selbst. In dieser globalen Welt sind auch die Nationalstaaten so untereinander vernetzt, dass sich niemand abschotten kann, als wäre die ganze Welt in Quarantäne. Es gibt keinen Ort auf der Welt, keine Exit-Strategie, um dieser Pandemie zu entkommen. Es gibt weder theoretisch noch empirisch einen Ort außerhalb des „Getriebes“ (Adorno). Ist unsere marktkonforme Demokratie von einer viruskonformen Demokratie abgelöst worden? Wie unter einem Brennglas treten gleichzeitig soziale Ungleichheit, Mängel im Gesundheitswesen und der Daseinsvorsorge, globale Abhängigkeiten und ein neuer Nationalismus in aller Deutlichkeit zutage. Und infolge der Ansteckungsgefahr droht eine ökonomische Pandemie exponentieller Ausmaße, welche Kurzarbeit, Betriebsschließungen, Zinsen für Staatsanleihen, Arbeitslosigkeit und Vernichtung von Werten in schwindelerregende Höhe treibt, zu deren zeitgenössischen Beobachtern wir alle gemacht werden.

„Verohnmächtigung“

Diese Pandemie wird zu ihrer Eindämmung mit Kontaktverbot, einer Unterbrechung der Kontakte (Disruption), körperlichem Abstand, häuslicher Isolation, Besuchsverbot und Quarantäne bekämpft. Auch Karl Jaspers (2019) musste, aufgrund seiner lebensbedrohlichen chronischen Lungenkrankheit, sich ständig in Selbstisolation begeben, um nicht infiziert zu werden. Seine Grenzsituation bestand im körperlichen und sozialen Abstandhalten, die einer „Verohnmächtigung“ gleichkommt. (Bormuth am 23. April 2020, in der NWZ) Eine solche Ohnmacht und Einsamkeit kann jedoch genutzt werden, um auf eine neue Art über alte Sinnfragen des Lebens nachzudenken und sie im Gespräch mit anderen zu vergegenwärtigen. Gemeinsam erfahrenes Leid in der kollektiv erlebten Grenzsituation eröffnet die Möglichkeit, die eigenen Erfahrungen mit anderen zu teilen.

Befragt nach seinem Erleben der Corona-Krise soll der hochbetagte Philosoph Habermas geantwortet haben, dass es „noch nie so viel Wissen über unser Nichtwissen“ gegeben hat. Die Paradoxie dieser Gewissheit äußert sich darin, dass es selbst aufseiten der Experten keine absolute Gewissheit gibt. Das hat Folgen für das Alltagsverhalten der Bevölkerung und in sozialen Räumen. Ständig neue Berichte über Infektionszahlen und Todesraten lösen Gefühle der Ohnmacht und des Ausgeliefertseins aus. „Diese Ängste werden verstärkt durch den omnipräsenten Wust administrativ verordneter Hygiene, Abstands- und Schutzvorschriften. Im Miteinander der Menschen äußert sich diese Furcht auf zweierlei Weise. Sichtbar ist auf der einen Seite die spontane Hilfsbereitschaft und Solidarität. Ebenso auffällig ist auf der anderen Seite eine Art Regulierungswut, nicht nur durch überforderte Ordnungsämter, sondern auch von Seiten der miteinander umgehenden Einzelnen.“ (Müller-Doohm am 5. Mai 2020, S. 6 – Kultur: „Die Furcht vor dem Anderen“, in der NWZ) Wildfremde Menschen ermahnen einander, die vorgeschriebene Distanz einzuhalten und die Masken zu tragen. Inspektoren kontrollieren im städtischen Raum die Durchsetzung der Hygienevorschriften. Bei Missachtung wird zum Mittel der Denunziation gegriffen. „Diese von Misstrauen getragene Blockwartmentalität ... feiert so fröhliche Umstände wie autoritäre Reaktionsmuster.“ Es werden Polarisierungen „zwischen Personen, die demonstrativ den Schutz auch dort und dann tragen, wo und wann es wenig Sinn macht und solche, die selbstbestimmter, ungezwungener handeln ... Neben dem irritierenden Wissen über das Nichtwissen besteht das Neue an diesem globalen Risiko darin, dass die lebensgefährliche Infektionsgefahr alle trifft und insofern alle gleichmacht.“ Diese Äußerungen eines Soziologen stehen in einem deutlichen Kontrast der philosophischen Ethik Lévinas' des Denkens vom Anderen her. Bei ihm wird der Andere (unter Nicht-Corona-Bedingungen) als derjenige begriffen, der meine unentrinnbare Verantwortung für den Anderen begründet und grundlegend ins Leben ruft. Es ist zu fragen, ob unter Corona-Bedingungen die Furcht vor dem Anderen, der sich vor einer möglichen Ansteckung durch mich auch vor mir fürchtet, nicht gerade das ist, was uns verbindet – und nicht allein die wechselseitige Verantwortung füreinander. Hierzu hat 2017 Franziska Krause eine Abhandlung „Sorge in Beziehungen. Die Care-Ethik und der Begriff des Anderen bei Emmanuel Lévinas“ vorgelegt. Darauf wird später noch zurückzukommen sein. Diese Überlegungen machen deutlich, welchen Einfluss das Corona-Virus auf die anthropologische Philosophie und Ethik hat.

Trennung der Kontakte – Einschränkungen der Grundrechte – Verlust an Teilhabe

Die „Trennung der Kontakte“ (Vygotskij), Separation und Isolation durch *physical* und *social distancing*, laufen dem Wesen des Menschen als (somatopsycho)soziales Wesen, das durch Mitmenschlichkeit, Zwischenmenschlichkeit, Zwischenleiblichkeit, Nähe, Mitleiden, körperliche Umarmung, Trösten, Verbundenheit und Teilhabe gekennzeichnet ist, gemeinschaftlich gelebt und erfahren wird, diametral entgegen. Sie setzen bei erwachsenen und alten Menschen die vertrauten sozialen Kontakte und individuellen, sozialen Netzwerke außer Kraft. Sie verändern stets auch gleichzeitig auch die Netzwerkarchitektur des plastischen, sozialen Gehirns. Nach der Corona-Krise wird sich bei Millionen Menschen

erfahrungsbedingt eine andere, erweiterte und nicht selten wohl auch traumatisch-bedingte veränderte neuronale Hirnsystemstruktur entwickelt haben. Nicht nur Resilienz und positives Wachstum, sondern schwere psychische Störungen und Traumatisierungen werden die Folge sein. Bei Kindern ist Isolation eine zentrale Kategorie für Entwicklungs-, Lern-, und Verhaltensstörungen (Jantzen), was heute in der Sonder- und Rehabilitationspädagogik als „geistige Behinderung“ und „kognitive Beeinträchtigung“ genannt wird. Darüber hinaus können die mit der Trennung der Kontakte und mit der angeordneten häuslichen Isolation einhergehenden Teilhabeverluste am Gemeinschaftsleben ein Stresstest für viele Menschen bedeuten, insbesondere für Alleinerziehende mit Kindern, Alte, chronisch Kranke und intensivpflegebedürftige Behinderte sowie viele (alte) Pflegeheimbewohner, ihre Angehörigen und das Personal. Die Lockdown-bedingte Rückverweisung („Einsperrung“) in die eigenen vier Wände kann auf Dauer erhebliche gesundheitliche und psychosoziale und Schäden zur Folge haben, etwa, weil Operationen verschoben werden, alte Menschen nicht mehr zum Arzt gehen oder kinderärztliche Untersuchungen und Impfungen unterbleiben. Von Mitarbeitern des „Weißen Rings“ wird berichtet, dass mit Corona eine ähnliche Situation besteht wie zu Weihnachten. Zwar sei das nicht in der Polizeistatistik ausgewiesen. Es dürfte jedoch eine hohe Dunkelziffer an häuslicher Gewalt und Missbrauch in den Familien geben. Die Rate an in Not geratenen Frauen, die einen Platz im Frauenhaus suchen, sei um 50% angestiegen. Auch kann das wochenlange Leben von berufstätigen Erwachsenen im Homeoffice und kleinen und schulschulpflichtigen Kindern im Homeschooling auf engstem Raum zu erheblichen Spannungen, Konflikten und psychiatrisch relevanten Aggressionen, Gewaltausbrüchen und Traumatisierungen im Familienbereich führen, etwa, wenn Frau und Kind vom gewaltbereiten Mann drangsaliert werden.

Distanzierung, Berührungslosigkeit und Unantastbarkeit, so sehr sie in bestimmten Situationen hygienemedizinisch und gesundheitlich unvermeidbar sein mögen, laufen mit zunehmender Dauer Gefahr, gesundheitsschädlich, unmenschlich und würdevollverletzend zu wirken. Laut Artikel 1 und 2 unserer Verfassung sind Würde und der Gesundheitsschutz des Menschen jedoch hochwertig verankerte und garantierte Grundrechte. Kontaktverbote und andere eingeschränkte Grundrechte wie Versammlungs- und Bewegungsfreiheit können nicht auf Dauer angeordnet werden, ohne Menschenrechte zu verletzen. Daher bedürfen diese Maßnahmen einer zeitlichen Begrenzung wie auch einer wiederkehrenden konkreten Überprüfung ihrer Verhältnismäßigkeit, ob ein legitimer Zweck vorliegt (z.B. Gefahr für Leib und Leben) und ob die Maßnahmen geeignet, erfolgreich und angemessen sind, um sie ggf. an veränderte Sachlagen oder Situationen anzupassen. Die Corona-Pandemie stellt somit auch einen Stresstest für unseren Rechtsstaat und unsere Demokratie dar.

Ausnahmezustand

Schon vor der Corona-Pandemie haben sich große Teile der „starken“, hochindustrialisierten Welt im Ausnahmezustand befunden. Man denke an die Notstandsgesetze der Bundesrepublik Deutschland Ende der 1960er Jahre, die bis heute Gültigkeit behalten haben, ohne dass der auslösende Notstand weiterhin besteht. Der „Ausnahmezustand“ gilt für den italienischen Rechtsphilosophen Giorgio Agamben als weit verbreitetes normales „Paradigma des Regierens“, der seit einigen Jahrzehnten durch einen dominanten Neokolonialismus und einen globalisierten marktwirtschaftlichen Neoliberalismus, die staatliche Einflüsse und Schutzrechte hegemonial abzubauen bestrebt sind, Selbstbestimmung verabsolutieren und sich gegenüber den brandgefährlichen populistischen, neorassistischen und nationalistischen Rechten nahezu unbeeindruckt zeigen, verstärkt wird. Wir befinden uns nicht nur in Deutschland und nicht erst mit der Entstehung der „Neuen Rechten“ in einem schleichenden Demokratieabbau. Die sogenannte neue Normalität ist ein Leben mit bisher in Nachkriegsdeutschland nicht dagewesenen massiven Grundrechtseinschränkungen. Wie soll dann die postcoronale „Normalität“ aussehen? Und was werden die am meisten schutz- und

förderungsbedürftigen Alten, chronisch Kranken und schwerstbehinderten Bevölkerungsteile, die aus der Wertschöpfungskette ausgeschieden sind, dann zu erwarten haben?

Bedeutung für neurologisch Erkrankte und Beeinträchtigte („Behinderte“)

Die Trennung der Kontakte im Rahmen mit der allgemeinen Verunsicherung hat dazu geführt, dass dringend abklärungs- und behandlungsbedürftige Patienten mit Symptomen eines drohenden Schlaganfalls oder Herzinfarkts aus Angst vor einer Ansteckung den Gang in die Notaufnahme oder die Einweisung ins Krankenhaus meiden. Es gibt neben dem Corona-Virus auch das Risiko für nosokomiale Infektionen, für die es keine Antibiotika mehr gibt. Noch liegen die Corona-bedingten Todesfallzahlen in Deutschland (Ende April 2020: ca. 6.500) unter den jährlich nosokomial-bedingten (ca. 15.600; Charité) und durch die Influenza-Epidemie 2017/18 ausgelösten „Excess“-Todesfällen (ca. 25.100; RKI). Bei 80 Mio. Einwohnern und etwa 800.000 Sterbefällen in Deutschland, versterben pro Tag etwa 2.500 Menschen pro Tag an „normalen“ Erkrankungen und nicht in Verbindung mit Covid-19.

In den letzten Wochen hat sich für die weitgehend klinisch unbekanntes Covid-19-Erkrankung ein geringes „neurointensives“ Potenzial herausgestellt, welches von neuromuskulären und polyradikulären bis hin zum enzephalitischen Befall und einem gehäuften Auftreten von Schlaganfällen ein breites neurologisches Spektrum aufweist. Die Erkenntnisse dazu befinden sich noch ganz am Anfang und beruhen derzeit auf klinischen Einzelfallbeobachtungen oder kleinen Studien. Es gibt noch keine ausführlichen Gewebefunde, wie sie im Rahmen einer systematischen Obduktionsstudie gewonnen werden können. Man weiß aus der Hamburger Pathologie-Studie (Püschel; UKE), dass das Virus neben der Lunge auch das Herz, die Niere und andere Organe schädigen kann, sodass es beim Zusammenbruch des Immunsystems zu einem Multiorganversagen kommt. Fest steht, dass unter den in Hamburg obduzierten 133 Corona-Toten (Stand Ende April) *alle* obduzierte Gestorbene erhebliche Vorerkrankungen der Lungen- und Herzkreislauforgane hatten. Dazu gehören auch wie Diabetes mellitus, Rauchen, Adipositas und (durch psychosozialen Stress bedingte) Schwächung des Immunsystems, die - wie die höhere Altersgruppe - als sog. Risikofaktor eng mit dem Auftreten eines Schlaganfalles verbunden sind. Das Corona-Virus scheint bevorzugt die Gefäßinnenhaut (Epithel) zu befallen und vermehrt mit Thrombosen und Lungenembolien einherzugehen. Laut einer Übersicht im Deutschen Ärzteblatt (2. April 2020) wurden in einer Fallserie aus China bei jedem dritten der 214 Patienten *neurologische* Symptome gefunden: “Neurological symptoms fall into three categories: central nervous system (CNS) symptoms or diseases (headache, dizziness, impaired consciousness, ataxia, acute cerebrovascular disease, and epilepsy), peripheral nervous system (PNS) symptoms (hypogeusia, hyposmia, hypopsia, and neuralgia), and skeletal muscular symptoms ... 36.4% patients had neurologic manifestations. More severe patients were likely to have neurologic symptoms (45.5% vs 30.2%), such as acute cerebrovascular diseases (5.7% vs 0.8%), impaired consciousness (14.8% vs 2.4%) and skeletal muscle injury (19.3% vs 4.8%) (*medRxiv*, 2020; [doi: 10.1101/2020.02.22.20026500](https://doi.org/10.1101/2020.02.22.20026500)). Unter den Verstorbenen hatte in einer anderen Fallserie im *Britischen Ärzteblatt (BMJ)* 2020;368:m1091) jeder fünfte Patient eine hypoxische Enzephalopathie. Eine hypoxische (Sauerstoffmangel-) Hirnerkrankung liegt häufig einem schweren Wachkoma-Syndrom zugrunde. Infolge der corona-bedingten Mobilitätseinschränkungen dürften auf den Straßen weniger Verkehrsunfallopfer mit schweren Schädel-Hirnverletzungen zu erwarten sein.

Während wissenschaftlichen Erkenntnisse zu intensivmedizinisch- und beatmungstechnisch-bedingten Langzeitfolgen wie Posttraumatische Belastungsstörung (PTSB), Depression, Anpassungs- und Angststörung, kognitive Leistungsminderung (Delir, Demenz) und auch Lungenfibrose vorliegen, bestehen noch große Unklarheiten über die corona-bedingten Gesundheitsfolgen und Langzeitschäden.

Zu den Langzeitfolgen einer Covid-19-Erkrankung wird im RKI-Steckbrief (24.04.2020) ausgeführt: „Bislang liegen nur wenige belastbare Informationen zu Folgeerkrankungen/Spätkomplikationen von Covid-19 vor. Erste Studien berichten über neurologische Symptome und Erkrankungen, die darauf schließen lassen, dass neurologische Langzeitfolgen auftreten können. So wurde beispielsweise von einer Patientin mit möglicherweise Sars-CoV-2-assoziiertes akuter beidseitiger nekrotisierender hämorrhagischer Enzephalopathie und von einem Patienten mit Sars-CoV-2-assoziiertes Meningitis berichtet. Ein weiterer Artikel vertritt die These, dass das Sars-CoV-2-Virus neuroinvasive Eigenschaften besitzen, die das zentrale Nervensystem auf Hirnstammebene schädigen und damit zum Lungenversagen beitragen könnten.“ Eine aktuelle Übersicht zu dieser Thematik findet sich in der Ausgabe B 19/2020 des Deutschen Ärzteblattes vom 8. Mai 2020 auf S. 841-844.

Medikamente und Impfstoffe

Für die Bekämpfung des Corona-Virus Infektion sind erste Medikamente wie zum Beispiel Remdesivir, das für Ebola erfolglos entwickelt worden war, in klinischer Erprobung, wodurch man sich eine Abmilderung schwerer Krankheitsverläufe verspricht. Die Entwicklung eines Impfstoffes ist von mehreren Forschergruppen weltweit in Arbeit, dürfte aber bis zur Anwendung noch Monate, wenn nicht gar 1-2 Jahre, dauern. Solange heißt die Devise: *Leben mit dem Corona-Virus* unter Beachtung und Anwendung aller Schutzmaßnahmen, insbesondere Abstandhalten und Mund-Nasen-Schutz. Die Unterbrechung der Kontakte, das Disruptionsprinzip mit Abstandhalten, Kontakt- und Besuchsverbot und anderen Lockdown-Maßnahmen, hat sich inzwischen infektionsepidemiologisch weltweit, besonders aber auch in Deutschland, als die wirksamste Methode zur Eindämmung erwiesen.

Inzwischen wird die Erforschung von Medikamenten und Impfstoffen auch in Deutschland millionenschwer gefördert. China (beteiligt an 4 Forschungsprojekten) und die USA (beteiligt an 3 Forschungsprojekten) haben neben wenigen europäischen Ländern dabei eine deutliche Vormachtstellung. Völlig unklar ist, ob und wie sich das später auch die Verteilungsgerechtigkeit bei der Anwendung dieses Mittels auswirken wird. Es ist zu befürchten, dass die USA unter Trump auf der „America first“-Ideologie bestehen werden, zumal es ihnen nicht gelungen ist, aussichtsreiche Entwicklungsverfahren in Deutschland aufzukaufen. Hier entsteht also gerade ein neuer globaler, ethischer Brennpunkt und Konfliktherd mit multilateralen und -nationalen Dimensionen für Millionen von Menschen, der eine geschwächte WHO schwerlich entgegenzusteuern vermag.

Aufdeckung von Mangelzuständen

Die Corona-Pandemie hat schwerwiegende Mängel an Intensiv- und Beatmungsbetten, Personal und Schutzmaterialien aufgedeckt. Es fehlende Ressourcen und Reserven. Es bestehen Engpässe bei Medikamenten wie Narkosemittel zur Sedierung und Schmerzbekämpfung, aber auch bei Pneumokokken-Impfstoff, bei Desinfektionsmitteln, Schutzmasken und bei Persönlicher Schutzausstattung mit mangelnder Verteilungsgerechtigkeit und Priorisierung und Transparenz. Es bestehen Konkurrenzkämpfe bei der Vergabe von Schutzmitteln ohne eine zentrale Koordinierung für Intensivstationen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Kindertagesstätten. Nach mehreren Anläufen ist deutschlandweit eine Meldepflicht und Erfassung von Intensivbetten in einem zentralen Register eingeführt worden. Denn die Bekämpfungsmaßnahmen zielen seit Wochen primär auf die Vermeidung einer Überforderung der medizinischen Versorgung in Krankenhäusern. Dabei spielen verfügbare Intensivbetten (Beatmungsplätze) eine zentrale Rolle. Mit Stand vom 19. April 2020 sind die vorbestehenden 28.000 Intensivbetten (davon 20.000 Beatmungsplätze) auf 30.058 Intensivbetten aufgestockt worden, wovon 12.665 nicht

belegt waren (vgl. Spang et al, Dt. Ärzteblatt Jg. 117, Heft 17, S. B720, vom 24. April 2020). Dies wurde erreicht durch zurückgestellte, nicht dringliche Operationen und finanzielle Anreize. In einer aktuellen explorativen Studie wurde bei nicht mehr exponentiellem Anstieg der Coravid-19-Patientenzahlen (Ansteckungsfaktor R unter 1) ermittelt, dass, wenn 3-10% der neu entdeckten Patienten intensivmedizinisch behandelt werden müssen und die Verweildauer auf der Intensivstation durchschnittlich 14-20 Tage dauert, die Fallzahlen zwischen 1.989 und maximal 20.966 an intensivpflichtigen Patienten liegen. Auf dieser Grundlage wird von den Autoren kein Anlass zu einer Diskussion über eine möglicherweise notwendige Triage von Covid-19-Patienten gesehen (Dt. Ärzteblatt, Jg. 117, Heft 7, S. B728, vom 24. April 2020). Ende April 2020 mussten 15% aller erfassten Infizierten im Krankenhaus behandelt werden, davon 5% auf der Intensiv-/Beatmungsstation, wovon 60 Prozent verstarben. Die Sterblichkeit aller erfassten Infizierten lag in Deutschland demnach bei 3,8 Prozent. Die Frage, ob die wesentlich positiveren Ergebnisse der Heinsberg-Studie mit einer Todesrate von 0,37 Prozent von allen (bundesweit hochgerechnet 1.8 Mio.) Infizierten und 20 Prozent asymptomatisch verlaufenden Covid-19-Infektionen repräsentativ sind und in nachfolgenden strengen wissenschaftlichen Kriterien genügenden Studien bestätigt werden können, muss derzeit offen bleiben.

So ist die in Niedersachsen per Verordnung zum 6. Mai 2020 verfügte Bereitstellung von weiterhin 20% der Bettenkapazität auf Normalstationen und 25% auf Intensivstationen für Corona-Patienten - nach Abklingen der ersten Welle – angesichts der Vielzahl von behandlungsbedürftigen krebs-, unfall-, bauch- und neurochirurgischen Patienten schwer nachzuvollziehen. Die hierbei absehbare Verletzung der Verteilungsgerechtigkeit von lebensnotwendigen Rechtsgütern dürfte zahlreiche juristische Verfahren nach sich ziehen. Für viele Ärzte haben sich hier neue, äußerst belastende ethisch-moralische und praktische Grenzsituationen aufgetan.

Die Corona-Pandemie hat schließlich auch große Lücken in der „Sozialen Frage“ aufgedeckt. Strukturell ist das Gesundheitswesen über Jahrzehnte vernachlässigt worden. Nicht nur ist der Öffentliche Gesundheitsdienst mit seinen bundesweit etwa 400 Gesundheitsämtern unterfinanziert, personell unterbesetzt und bei der Nachverfolgung Corona-Infizierter überfordert; es fehlt an ausreichend gut ausgebildetem Personal in der Pflege, bei Hebammen, Therapeuten, Ärzten und Sozialarbeitern. Die Arbeitsbelastung in der Pflege ist zu hoch, die Bezahlung zu gering. Schon vor der Corona-Krise hat Fließbandarbeit in Ambulanzen, Kliniken, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen bestanden. Die medizinische Versorgung ist profitorientierten Konzernen mit hohen Renditeerwartungen überlassen worden. Dafür haben in Not geratene Menschen mit ihrer Gesundheit, ihrer wirtschaftlichen Existenz und den menschlichen Folgen bezahlt. Es wird hinterfragt, ob sich unsere Gesellschaft Profite im Gesundheitswesen noch leisten kann. Der Neoliberalismus sei ein „Akrobat ohne Fallnetz“, der eine „tolle Show“ liefere, bis etwas passiert. Wenn öffentliche Einrichtungen profitorientiert und nicht menschenorientiert seien, reiche „ein Funke, um einen Flächenbrand auszulösen, weil offenbar nirgendwo Reserven existieren.“ Ein „an allen Enden kaputtgespartes Gesundheitssystem“ solle nun das ganze Volk retten? (aus Leserbriefen in DIE ZEIT vom 16. April 2020, S. 15, Ausgabe Nr. 15, zusammengestellt)

In der SZ vom 2. Mai 2020 wird unter „Helfer in Gefahr“ berichtet, dass allein in Bayern 3070 Ärzte und Pflegende mit Sars-CoV-2 infiziert seien. Der eklatanten Mangel an Schutzkleidung habe sich besonders in der Anfangszeit der Eindämmung und Infektionsbekämpfung bemerkbar gemacht. Das Corona-Virus habe auch nicht vor Ansteckung und Tod eines prominenten 59-jährigen Rehaklinik-Chefs Halt gemacht. Von diesen Zahlen zeigten sich die Ärztekammer und auch die Kassenärztliche Vereinigung, die dazu übergegangen sei, für die niedergelassenen Ärzte aus eigener Kraft geeignete

Schutzmaterialien zu besorgen, überrascht, da im Pandemiefall diese Aufgaben eigentlich den Bundesbehörden obliegen.

In einer Stellungnahme der Deutschen Vereinigung der Rehabilitation (DVfR) vom 24. März 2020 wird die Sicherstellung der medizintechnischen Versorgung von Menschen mit schwersten Behinderungen im ambulanten Bereich sowie in Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe während der Corona-Epidemie gefordert: „Nicht nur Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken, sondern zunehmend auch der ambulante Versorgungssektor mit schwerstbehinderten Betroffenen sowie Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe sind während der Ausbreitung des Coronavirus (SARS-CoV-2) von Lieferengpässen im Bereich der Medizintechnik und der Pflegehilfsmittel einschließlich Schutzkleidung betroffen. Menschen mit schwersten Behinderungen leben meist in einem speziell für sie organisierten häuslichen und meist pflegeintensiven Umfeld. Die Versorgung ist geprägt durch multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten, Angehörigen, Pflegediensten und Akteuren verschiedenster Leistungserbringer des Gesundheitshandwerks bzw. Sanitätsfachhandels. Entfällt die Sicherstellung der ambulanten Versorgung dieser Betroffenen zu Hause, in der Behindertenhilfe und in den Pflegeeinrichtungen mit medizinisch-technischen Geräten und Pflegehilfsmitteln einschließlich der Schutzkleidung, müssen diese schwerstbehinderten Menschen im Zweifelsfall in ein Krankenhaus eingewiesen werden. Dabei sind die Betroffenen häufig durch zahlreichen Begleiterkrankungen, wie z. B. Infektionen mit MRSA, belastet. Das spricht zusätzlich gegen eine stationäre Aufnahme in ein - gegenwärtig oft bereits stark überlastetes - Krankenhaus oder in eine Rehabilitationsklinik. Es muss daher alles getan werden, damit die ambulante Versorgung von Menschen mit schwersten Behinderungen sowie die Versorgung in Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe mit Hilfsmitteln zur Pflege und Behandlung sowie Medizintechnik weiterhin gewährleistet ist. Die DVfR fordert folgende Maßnahmen:

- Einbindung aller Berufsverbände des Gesundheitswesens – neben den kassenärztlichen und klinischen Interessenverbänden – in die Verteilung von Produkten zur Schutzausrüstung und Pflege,
- Sicherung der Möglichkeit einer Versorgung schwerstbehinderter Personengruppen mit Hilfs- und Pflegemitteln im außerklinischen Umfeld, insbesondere auch in Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe,
- Bildung von Reserven zukünftig ambulant stark benötigter Medizinprodukte, wie z. B. Sauerstoffkonzentratoren, Absaug- und Inhalationsgeräten zur Atemwegstherapie in Folge erlittener Lungenschäden durch SARS-CoV-2-Infektion,
- Lockerung von Restriktionen für Medizinprodukte durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Zusammenhang mit der Behandlung und Rehabilitation von SARS-CoV-2-Patientinnen und -Patienten zur Aufrechterhaltung der stationären und ambulanten Versorgung.

Der ganze Text ist auf der Homepage der DVfR unter <https://www.dvfr.de/arbeitsschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/detail/artikel/dvfr-stellungnahme-zur-medizintechnischen-versorgung-von-schwerstbehinderten-menschen-waehrend-der-co/> einzusehen.

Zu dieser Stellungnahme hat der Autor des hier vorliegenden Beitrags folgenden Kommentar geschrieben: „Diese Stellungnahme ist sehr zu begrüßen! Die hier geforderten Maßnahmen stellen eine notwendige Ergänzung dar. Insbesondere die ambulanten Schwerstpflge- und Assistenzbedürftigen in häuslicher Umgebung, Wohngruppen und 24-Std.-Intensivpflege und deren Angehörigen/Familien benötigen eine wirksame Sicherung ihrer medizintechnischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung - nicht nur die stationäre (Krankenhaus-) Intensivpflege, so wichtig diese für die Akutversorgung auch ist. Gesundheitsschutz und Gesundheitssicherung gelten für alle!“

In einer zweiten „Stellungnahme der DVfR zu aktuellen Handlungsbedarfen im Bereich der Rehabilitation in der Corona-Pandemie“ vom 28. April 2020 werden unter Bezugnahme auf den Referentenentwurf einer Sars-CoV-2-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung einige Bewältigungsstrategien und Handlungsvorschläge herausgestellt. Durch aktuelle notwendige Maßnahmen im laufenden Betrieb könnten notwendige Angebote und Leistungen für die Betroffenen in allen vier Bereichen der Rehabilitation nicht erbracht werden. Zudem sei die Existenz der Einrichtungen und Dienste gefährdet. In der Folge können Gesundheits-, Reha- und Teilhabechancen nicht genutzt werden und sind Teilhabeziele nach SGB §4 SGB IX nur sehr eingeschränkt erreichbar. Gegenüber dem Referentenentwurf besteht erheblicher Ergänzungsbedarf. Er zeige relevante Regelungslücken vorwiegend im Bereich des SGB V auf. Diese seien durch den Verordnungsgeber zu schließen. Aus Sicht der Nutzerbedarfe seien drei wesentliche Bewältigungsstrategien maßgeblich:

- „1. Existenzsichernde Maßnahmen und Zuschüsse für Dienste und Einrichtungen bei Erlösausfällen insbesondere für ambulante und mobile Rehabilitationsdienste, Einrichtungen der interdisziplinären Frühförderung, Sozialpädiatrischen Zentren, Psychiatrische Institutsambulanzen, Medizinische Behandlungszentren, Funktionstraining und Rehasport
2. Sicherstellung der Weiterversorgung behinderter und chronisch kranker Menschen auf durch Angebote der Tele- und Videokommunikation sowie deren Finanzierung
3. Ausreichende Versorgung mit Schutzausrüstungen und Desinfektionsmitteln im gesamten Reha-System.“

Im Bereich der Akutversorgung von Menschen mit schweren Behinderungen und umfassendem Pflegebedarf fordert die DVfR die barrierefreie Sicherstellung aller therapeutischen und rehabilitativen Leistungen und verweist die DVfR auf das Lebens- und Teilhaberecht schwerstbehinderter Menschen.“

Die Corona-Pandemie bringe eine Reihe mittel- und langfristiger Herausforderungen für das System der Rehabilitation mit sich. Es seien erhöhte Bedarfe an Leistungen zur Teilhabe zu erwarten. Deswegen plädiert die DVfR für einen offenen Diskurs und ruft die Mitglieder zur Beteiligung auf. (Die komplette Stellungnahme ist auf der Homepage der DVfR unter <https://www.dvfr.de/arbeitsschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/> einsehbar.)

Sonderregelungen für die NeuroRehabilitation und Direkteinweisungen

Weil die Corona-Epidemie auch den Bereich der Rehabilitation vor enorme Herausforderungen stellt, wurden Anfang April 2020 vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) Maßnahmen beschlossen, welche die jeweiligen Fachkräfte unkompliziert und schnell entlasten und während der Ausbreitung des Coronavirus unterstützen sollen. Das betrifft neben den Ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation, die Rehabilitation Abhängigkeitskranker, Rehabilitationssport/Funktionstraining und die Anschlussrehabilitation:

„Der GKV-Spitzenverband empfiehlt, in Abstimmung mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene, das Verfahren zur Anschlussrehabilitation gegenwärtig umzustellen: Danach prüfen die Krankenhäuser die Voraussetzungen für die Teilnahme an einer Anschlussrehabilitation und organisieren die Überleitung in diese, ohne zunächst auf die Genehmigung der Leistung durch die zuständige Krankenkasse zu warten. Weiterhin unterstützen die Krankenkassen die Sozialdienste der Krankenhäuser bei der Auswahl geeigneter Rehabilitationseinrichtungen oder übernehmen diese Aufgabe. Das Direkteinweisungsverfahren durch die Krankenhäuser wurde auf die geriatrische Rehabilitation erweitert. *Darüber hinaus gilt die Empfehlung auch für die neurologische Rehabilitation in der Phase C* und - sofern aufgrund regionaler Strukturen und Vereinbarungen die erforderlichen Behandlungen *auch bereits in der Phase B* in Rehabilitationseinrichtungen erbracht werden – *für Patienten der Phase B.* (kursiv, von A.Z.)

Voraussetzungen für die empfohlenen „Direktweisungen“ durch die Krankenhäuser sind: Die Anschluss-Rehabilitation erfolgt in den Indikationen und unter den Voraussetzungen des AHB-Indikationskataloges der Deutschen Rentenversicherung (Stand 12/2017). Den Krankenkassen werden weiterhin Anträge auf Anschlussrehabilitation zugleitet. Die Krankenkassen werden diese Anträge formal genehmigen, damit die üblichen administrativen Verfahren – insbesondere im elektronischen Datenaustausch - mit den Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden können.“ Diese Regelungen wurden anfangs bis zum 30. April befristet und sind laut Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation (DGNR) vom 29. April 2020 auf den 31. Mai 2020 verlängert worden.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) hat kürzlich erklärt, dass für Menschen, deren Rehamaßnahme wegen behördlicher Maßnahmen zur Bereitstellung zusätzlicher Behandlungsplätze für Covid-19-Patienten vorzeitig beendet werden mussten oder auf eigenen Wunsch abgebrochen wurde, die Möglichkeit besteht, die Rehabilitationsmaßnahme zu einem späteren Zeitpunkt neu zu beantragen. Dazu sei ein Kurzantrag mit dem Formular G101 entwickelt worden und ab sofort möglich. Der Kurzantrag kann bundesweit verwendet werden und gilt auch für abgebrochene Kinder- und Jugend-Rehabilitation, wenn die Klinik eine erneute Leistung für die betroffenen Kinder und Jugendlichen befürwortet.

Belastungen für Menschen mit Behinderung, Assistenzkräfte und Schwerkranke

In einem Beitrag „Angst um Leben und Existenz“ hat sich Anfang April 2020 der Deutschlandfunk mit der Frage auseinandergesetzt, wie Menschen mit Behinderung und ihre Assistenzen mit der Corona-Krise umgehen. Da viele junge Menschen mit körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen („Behinderungen“), sehr häufig auf neurologischer Grundlage, zur sogenannten Risikogruppe gehören und in strikter Quarantäne bei den Eltern leben müssen, kann das eine emotionale Belastungsprobe sein. Da diese Menschen aufgrund ihrer Behinderung den Alltag nicht alleine meistern können, haben sie häufig Assistenzkräfte an ihrer Seite, die bis zu 24 Stunden am Tag Unterstützung leisten, für sie kochen, ihnen bei der Körperpflege helfen oder für sie einkaufen gehen. Erst dadurch ist es ihnen möglich, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Für diese assistierte Lebensweise, die mit viel körperlicher Nähe verbunden ist, ist das strikte Kontaktverbot gelockert. Da Assistenzkräfte auf der Hinfahrt in der Bahn Kontakt mit unerkannt Infizierten gehabt haben könnten, können Assistent*innen-Besuche ein hohes Risiko darstellen. Deshalb ziehen es viele Betroffene vor, zu ihren Eltern in Quarantäne zu gehen und vorübergehend auf eine externe Assistenz zu verzichten. Für die Betroffenen sei es das Schlimmste, nicht zu wissen, wie lange der Zustand noch anhalten werde. Die emotionale Belastung, ständig um das eigene Leben fürchten zu müssen, sei hoch. Häufig seien Assistenzkräfte zudem mangelhaft mit Schutzkleidung und Masken ausgestattet. Wenn Assistenzkräfte bei einem Verein angestellt sind, kann das bedeuten, dass sie darüber weiter bezahlt werden. Wie lange das noch gehen wird, sei ungewiss. Assistenzvereine haben Unterstützung aus dem Soforthilfeprogramm der „Aktion Mensch“ bekommen. Dieser Sonderfond, zunächst ausgestattet mit 20 Mio. EUR, war innerhalb weniger Tage ausgeschöpft.

Von einem amtlichen Betreuer, der sich seit vielen Jahren - mit medizinischer Hilfestellung des Autors - um eine schwersthirngeschädigte, voll pflegebedürftige Frau in Fürth kümmert, bekam der Autor nachfolgenden Leserbrief „Auf Zusammenarbeit kommt es an. Senioren und die Coronakrise“, den der Betreuer am 18. April 2020 für eine lokale Tageszeitung geschrieben hat: „Isolation trifft Schwerstkranke am meisten. Nach wochenlanger sozialer Isolation trifft es die Schwerstkranken, die z. B. nicht sprechen können, am härtesten! Diese armen Menschen werden nicht an Corona sterben, jedoch an Vereinsamung und schwersten Depressionen. Denn sie müssen nun seit über fünf Wochen auf die Besuche ihrer Angehörigen verzichten. Die psychische Belastung auf beiden Seiten ist unerträglich. Das

Pflegepersonal in den Heimen ist total überfordert, denn die Hilfe der Angehörigen fällt nun auch weg.“

Sterblichkeit und Triage: Die Teilhabe des Todes am Leben

Anders als in der modernen biotechnisch-orientierten Medizin, deren Erfolge eher mit dem Gegensatz anstatt der Gegenseitigkeit von Leben und Tod, Gesundheit und Krankheit, Körper und Seele, Eigen und Fremd zu tun haben, geht es in der beziehungs-medizinisch orientierten Anthropologie um eine Vorstellung vom Leben, dessen Reichtum und Erfüllung aus Situationen des Mangels und der Gefährdung erwachsen. „Die Teilhabe des Todes am Leben“ wird gleichsam zu einem partizipatorischen Paradigma für alle Gegensätzlichkeiten des Lebendigen, seien es das Körperliche und das Seelische oder das Eigene und das Fremde. Eine Medizin, für die „der Tod nicht nur ein Gegenspieler des Lebens“ ist, sondern „ein Teil des Lebens selbst, ohne den Leben nicht Leben wäre“, hat als das Pathische schlechthin „in gleicher Kraft dem Leben und dem Tode zu dienen.“ (Viktor von Weizsäcker)

Dessen ungeachtet ist in Corona-Zeiten eine immer noch nicht geistig überwundene sprachliche *kriegsmedizinische Rhetorik* unüberhörbar. Nach Aussagen von Macron vom 16.03.2020 befindet sich ganz Frankreich im „Gesundheitskrieg“ („guerre sanitaire“) gegen den Corona-Virus: „Nous sommes en guerre“ - Wir sind im Krieg.“ Sein Innenminister macht alle, die nun zu Hause bleiben müssen, zu „Kriegsverbündeten“. In den Medien Deutschlands werden Pflegerinnen und Pfleger als „Pflegehelden“ gefeiert. Sie seien die „Infanterie“, die in vorderster „Front“ kämpft und „geopfert“ wird. Wegen oft mangelhaft bereitgestellter Schutzkleidung sehen diese sich selber jedoch eher als „Kanonenfutter“. Es wird gefordert, dass diese Opfer „wie andere tote Helden ein Denkmal bekommen.“ (DIE ZEIT vom 16. April 2020, S. 15 - Leserbrief) Hierzu kann sachlich gesagt werden, dass nach den Ergebnissen einer aktuellen Studie bei 52 (5.4%) von 957 (100%) untersuchten medizinischen Mitarbeiter*innen der Uni-Klinik Münster sich eine Sars-CoV-2-Infektion bestätigt hat (vgl. Dt. Ärzteblatt Jg. 117, Heft 7, S. B728, vom 24. April 2020).

Befragt nach den Entscheidungskriterien bei einem Massenansturm von an Covid-19-Erkrankten, wird von dem oben bereits erwähnten reaktivierten Arzt und Rettungsmediziner betont, dass die „Entscheidung von mehreren Schultern getragen wird. Das macht es einfacher.“ Das „Nadelöhr“ im Krankenhaus seien die in Deutschland schon seit langem fehlenden „4800 Intensiv-Pflegekräfte, Spezialisten also, die die Maschinen bedienen können.“ Man könne nicht ausschließen, dass es - wie in Italien - auf den Intensivstationen zu wenige Beatmungsplätze gäbe. Hinzu käme, dass „hierzulande auf den Intensivstationen viele hochbetagte Menschen liegen, deren Leben man nicht sinnvoll verlängert, sondern deren Sterben man eher verzögert.“ Bei einem Engpass an Beatmungsplätzen und der Verteilung von Patienten auf andere Krankenhäuser der Umgebung, würden viele Notärzte und Sanitäter gebunden. Deshalb gäbe es nur die Möglichkeit: „Mutige Ärzte würden wohl den aussichtslos kranken Menschen auf eine normale Station verlegen, wo er eine gute palliative Behandlung bekäme. Viele Ärzte aber, vor allem unerfahrene, wollen das Leben um jeden Preis verlängern. Das ist jedoch oft nicht im Sinne der Betroffenen.“ Wer als Erstes von Impfstoffen profitieren dürfe, wenn es in Naher Zukunft welche geben sollte? „Als Erstes sollten all die Menschen geschützt werden, die auf den Intensivstationen arbeiten, die also in Kontakt sind mit schwer kranken und womöglich hochinfektiösen Patienten. Und da sollte das Pflegepersonal noch vor den Ärzten drankommen, denn es ist am engsten in Kontakt mit den Kranken.“

Bei aller Wertschätzung des Pflegepersonals durch diesen Arzt, entstammt das von ihm verwendete Vokabular „sortieren, hoffnungslos, machen, hochbetagtes Leben, nicht sinnvoll, Sterben nur verlängern, mutige Ärzte, aussichtslos, unerfahrene Ärzte, Leben um jeden Preis, nicht im Sinne der Betroffenen ...“ auffällig demjenigen Sprachgebrauch, wie er in der

defizitär orientierten Medizin und bioethisch-utilitaristisch orientierten Sterbehilfedebatte eingesetzt wird. Dieser zielt auf latente Ängste und Vorbehalte in der Bevölkerung und entspringt utilitaristischen Denkweisen, die den Wert und die Würde menschlichen Lebens auf reine Nützlichkeit reduzieren. Dass solche Denkweisen sich in einem solchen Vokabular heute immer noch niederschlagen, zeigt auf, dass die als überwunden geglaubte kriegs- und katastrophenmedizinische Rhetorik in einer unter Zeit- und Entscheidungsdruck stehenden Rettungs-, Notfall-, Akut- und Intensivmedizin weiterhin unterschwellig und häufig unreflektiert weiterwirkt und zudem, häufig fremdbestimmt und verobjektivierend, auch für die Palliativmedizin vereinnahmt wird.

Die eigentlichen „Helden“ neben den Pflegekräften im stationären und ambulanten Bereich sind jedoch die pflegenden Angehörigen, von denen bundesweit 70% der Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld 24 Stunden am Tag und sieben Tage in der Woche gepflegt werden. Die gesellschaftliche Anerkennung für die Gruppe pflegender Menschen fehlt völlig und ist auch vor Corona-Zeiten von Gesellschaft und Politik meist völlig ausgeblendet worden. Dagegen sollten sich während der Corona-Krise und darüber hinaus diese Angehörigen und Familien virtuell vernetzen und „sorgende Gemeinschaften“ bilden, um sich vor Belastungen, Infizierung und Isolation zu schützen. (Berit Uhlmann „Gemeinsam einsam“, in SZ vom 30. April/1. Mai 2020, S. 14 – Wissen; vgl. auch „Care Ethik“ bei Krause über Lévinas)

Dass der Gesundheitsminister in dieser Situation die in Krankenhäusern erst kürzlich gesetzlich eingeführten Personaluntergrenzen wegen des Corona-Virus „bis auf weiteres“ außer Kraft gesetzt hat, stellt, wenn vielleicht auch gut gemeint, eine groteske Fehlleistung dar, weil damit Sicherheitsstandards in einer ohnehin unsicheren Lage unterlaufen und das überlastete Personal bei steigenden Infektionszahlen in den auf Hochtouren laufenden Krankenhäusern zusätzlich herausgefordert und gefährdet wird. Vonseiten des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ) wurde diese Art Krisenmanagement als „billiger Taschenspielertrick“ bezeichnet. Da bereits der Normalbetrieb von Überbelastung durch massive Arbeitsverdichtung und Steigerung der Fallzahlen bei immer kürzeren Liegedauern inakzeptabel sei, könnten die Untergrenzen von den Geschäftsführungen als neuer Standard zementiert und zum neuen Standard gemacht werden. Das aber sei gegenüber den Patienten und Pflegenden „medizinisch unverantwortlich“ (Pressemitteilung des VDÄÄ vom 12.03.2020).

Umstrittene Triage-Kriterien

Welche Kriterien bei einer katastrophenmedizinischen Triage zum Tragen kommen, wurde jüngst in einer an die Bundesregierung gerichteten Stellungnahme des Deutschen Instituts für Katastrophenmedizin (DIfKM) in Tübingen zur „greifbaren Gefahr durch das Virus Sars-CoV-2“ im benachbarten Straßburg vom 23. März 2020 bekannt gemacht. Darin wird lauthals für Deutschland eingefordert, was in Straßburg geschehen sei, dass dort nämlich „Patienten über 80 Jahre keine Intubation (Beatmung) mehr“ erhalten, „stattdessen Sterbebegleitung durch Opiate und Schlafmittel“, und dass in Pflegeheimen „Patienten über 80 Jahre, die beatmungspflichtig wären“, eine „schnelle Sterbebegleitung mit Opiaten und Schlafmitteln“ zukommt, und zwar bereits „durch den Rettungsdienst.“ Auch wenn dieser Darstellung von den Straßburger Ärzten heftig widersprochen wurde, offenbaren die drastischen Schilderungen dieses angeblichen Vorgehens des französischen Nachbarlandes durch das DIfKM eine geheime Botschaft: Deutschland möge es gleichtun!

Am 25. März 2020 wurde von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und sechs weiteren Fachorganisationen, darunter auch die Akademie für Ethik in der Medizin (AEM), wenn auch mit einem uneinheitlichen Votum, eine gemeinsame Stellungnahme „Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der Covid-19-Pandemie. Klinisch-ethische Empfehlungen“ vorgelegt. Darin werden äußerst differenziert (1) allgemeine Grundsätze der

individuellen, patientenzentrierten Entscheidungsfindung und zusätzliche Entscheidungsgrundlagen bei Ressourcenknappheit, (2) Verfahren und Kriterien für Priorisierungsentscheidung über die Aufnahme auf Intensivstation und über die Therapiezieländerung bei laufender intensivmedizinischer Behandlung (Re-Evaluation) und (3) Kriterien für die präklinische Priorisierung relevanter Entscheidungssituationen (Rettungsdienst, Pflegeheime; Notaufnahme; Allgemeinstation) „aufgrund neuer Erkenntnisse, praktischer Erfahrungen und weiterer relevanter Entwicklungen“ dargestellt, und zwar mit und ohne Pandemielage. Es werden keine Altersangaben gemacht oder Risikogruppen genannt, sondern neben der ärztlichen Indikation und der Zustimmung des Patienten/des Betreuers die *klinische Erfolgsaussicht* als zentrales Kriterium einer priorisierten Entscheidungsfindung herangezogen. Dabei gilt das Mehraugen-Prinzip im berufs- und fachgruppenübergreifenden Team, eine transparente Kommunikation mit Angehörigen und juristischen Stellvertretern und eine sachgerechte Dokumentation. Die Priorisierung soll immer zwischen *allen* Patienten, die der Intensivbehandlung bedürfen, erfolgen, unabhängig davon, wo sie gerade versorgt werden (Notaufnahme, Allgemeinstation, Intensivstation). Sie habe dem Gleichheitsgrundsatz zu folgen. Sie sei vertretbar *nur innerhalb* der Gruppe der Covid-Erkrankten und *nicht* zulässig *allein* aufgrund des kalendarischen Alters oder aufgrund sozialer Kriterien.

Kritisch ist hierzu anzumerken, dass neben zahlreichen Kriterien die *Erfassung der Gebrechlichkeit* (Clinical Frailty Scale, CFS) herangezogen wird, dass die Einschätzung der individuellen Erfolgsaussicht (Prognose) bei schweren Hirnschädigungen in der Notfallphase keinesfalls möglich ist und somit in der klinischen Alltagswirklichkeit der Gebrechlichkeitsskala ein zentraler Stellenwert, wie im DIVI-Papier angedacht, keinesfalls zukommen kann und darf.

Die CFS wurde von der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. entwickelt. Demnach werden Patienten anhand von neun Kriterien eingestuft:

- (1) Sehr fit
- (2) Durchschnittlich aktiv
- (3) Gut zurechtkommend
- (4) Vulnerabel - aufgrund von Krankheitssymptomen oft in der Aktivität eingeschränkt
- (5) Geringgradig gebrechlich - in ihren Aktivitäten verlangsamt, Hilfe bei anspruchsvollen Alltagsaktivitäten notwendig
- (6) Mittelgradig gebrechlich - Hilfe bei allen außerhäuslichen Tätigkeiten und bei der Haushaltsführung - Baden /Duschen/Ankleiden notwendig
- (7) Ausgeprägte Gebrechlichkeit aufgrund körperlicher oder kognitiver Einschränkungen - bei der Körperpflege komplett auf externe Hilfe angewiesen, aber gesundheitlich stabil. Geringe Wahrscheinlichkeit, innerhalb der nächsten 6 Monate zu sterben
- (8) Extrem gebrechlich - komplett von Unterstützung abhängig und sich ihrem Lebensende nähernd
- (9) Terminal erkrankt – Lebenserwartung < 6 Monate.

Diese Skala wird den Lebenserfahrungen von Langzeit-chronisch-Kranken und Langzeit-(Mehrfach-)Behinderten ohne und mit neurologischen Erkrankungen in keiner Weise gerecht. Relevante neurologische Krankheitsbilder wie Amyotrophische Lateralsklerose (ALS: Langzeitbeatmung, Rollstuhl, technische Kommunikationshilfe), Locked-in-Syndrom (LIS, Rollstuhlabhängigkeit, häufiges Angewiesensein auf eine technische Kommunikationshilfe, evtl. mit Beatmung) und anderen kritisch Kranken mit neurologisch-zentralen (Querschnittslähmung, Rollstuhl) und peripher muskuloskelettalen Erkrankungen („Behinderungen“ wie Glasknochenkrankheit, Muskeldystrophie, spinale Atrophie, critical-

illness-Myopathie (CIM), und -(Poly)Neuropathie (CIP, Guillian Barré Syndrom) und selbst auch Wachkoma-Langzeitpatienten ohne Beatmung, die bundesweit immerhin etwa 1 Mio. Menschen betreffen, bleiben in dieser *geriatrisch-exklusiven* Skala unberücksichtigt. Jedoch weisen Patienten mit diesen Krankheitsbildern entgegen den nihilistischen akut- und rehamedizinischen Vorhersagen nicht selten ein überraschendes langjähriges Überleben mit subjektiv wahrgenommener hoher Lebensqualität und Lebenszufriedenheit auf - ganz im Gegensatz zu ärztlichen Lehrbuch-Prognosen und selbst auch zu den Erwartungen und Vorstellungen naher Angehöriger!

Am 27. März 2020 hat der Deutsche Ethikrat in einer Ad-hoc-Empfehlung „Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise“ zur Triage-Debatte Stellung genommen. Es wird herausgestellt, dass der ethische Kernkonflikt in Corona-Zeiten darin besteht, dass „ein dauerhaft hochwertiges, leistungsfähiges Gesundheitssystem“ gesichert und zugleich „schwerwiegende Nebenfolgen für Bevölkerung und Gesellschaft durch die Maßnahmen abgewendet und gemildert werden“ müssen. Die Empfehlungen verstehen sich als „ethische Orientierungshilfe in dramatischen Handlungs- und Entscheidungssituationen, vor allem der sogenannten Triage.“ Das bedeute nicht die Rückkehr zur Normalität, zum *status quo ante* oder einer vollständigen Beseitigung der Gefahrensituation. Vielmehr gehe es um die Frage, unter welchen Bedingungen von einem wieder akzeptablen Risikolevel als zwar notwendig unbestimmten, aber gleichwohl gesellschaftlich nachvollziehbaren „allgemeinen Lebensrisiko“ ausgegangen werden könne. „Ein solches Vorgehen setzt sinnvollerweise auf klare zeitliche und sachliche Etappenziele, um gegenüber der jetzigen Beschränkungsstrategie Öffnungsperspektiven zu bieten.“ Zu den Grundvorgaben der Bewältigung dilemmatischer Entscheidungssituationen seien für die ärztlicher Ethik die fundamentalen Vorgaben der Verfassung: die Garantie der Menschenwürde, der Diskiminierungsschutz, die Lebenswertindifferenz, die staatliche Unterscheidung nach Wert und Dauer des Lebens mit Vorgaben von Überlebenschancen und Sterbesituationen in Krisensituationen. Weiter heißt es:

„Jedes menschliche Leben genießt den gleichen Schutz. Damit sind nicht nur Differenzierungen etwa aufgrund des Geschlechts oder der ethnischen Herkunft untersagt. Auch eine Klassifizierung anhand des Alters, der sozialen Rolle und ihrer angenommenen ‚Wertigkeit‘ oder eines prognostizierten Lebensdauer muss seitens des Staates unterbleiben ... Selbst in Ausnahmezeiten eines flächendeckenden und katastrophalen Notstands hat er nicht nur die Pflicht, möglichst viele Menschenleben zu retten, sondern auch und vor allem die Grundlagen der Rechtsordnung zu garantieren ... Die Möglichkeiten des Staates, abstrakt bindende Vorgaben für die Allokation knapper Ressourcen zu machen, sind somit begrenzt. ... Das bedeutet nicht, dass keine handlungsleitenden Vorgaben konzipiert werden können ... Das verweist auf die Funktion zum Beispiel der Fachgesellschaften, die im Rahmen der vorgenannten Grundlagen wichtige Orientierungshilfen geben können und sollten, welche inhaltlich über das hinausgehen, was staatlicherseits zulässig wäre ... Die damit hervorgehobene Primärverantwortung der Medizin für einzelnen Entscheidungen und deren Umsetzung folgt aus den erwähnten Grenzen des staatliche Normierbaren ... In der Reaktion auf die aktuelle Krise sind, wie angedeutet, erste Empfehlungen medizinischer Fachgesellschaften erschienen.“ (S. 3 und 4). Für den ethischen Konflikt im Einzelfall werden vom Ethikrat *zwei Grundszenarien* unterschieden:

(1) *Triage bei Ex-ante-Konkurrenz*, wenn etwa die Zahl der unbesetzten Beatmungsplätze kleiner ist als die Zahl der bedürftigen Patienten. Patienten, denen danach die Behandlung vorenthalten wird, würden von den medizinischen Entscheidern nicht etwa durch Unterlassen „getötet“, sondern könnten aus Gründen der tragischen Unmöglichkeit vor dem krankheitsbedingten Sterben „nicht gerettet“ werden. Das Recht würde für die Entscheidungen keine positiven Auswahlkriterien bieten. Jedoch sollte sichergestellt werden,

dass Entscheidungen im Hinblick auf sozialen Status, Herkunft, Alter, Behinderung usw. ausgeschlossen werden. „Aus ethischer Sicht sollte die Entscheidung nach wohlüberlegten, begründeten, transparenten und möglichst einheitlich angewandten Kriterien geschehen.“ (S. 4)

(2) Triage bei *Ex-post-Konkurrenz*, wenn etwa alle Beatmungsplätze belegt sind und bei für alle Versorgten fortbestehender Indikation, die lebenserhaltende Behandlung eines Patienten beendet werden müsste, „um mit dem dafür erforderlichen medizinischen Gerät das Leben eines andern zu retten ... Hier können Grenzsituationen entstehen, die für das behandelnde Personal seelisch kaum zu bewältigen sind. Wer in einer solchen Lage Gewissensentscheidungen trifft, die ethisch begründbar ist und transparenten - etwa von medizinischen Fachgesellschaften aufgestellten - Kriterien folgt, kann im Fall einer möglichen (straf-)rechtlichen Aufarbeitung des Geschehens mit einer entschuldigenden Nachsicht der Rechtsordnung rechnen ... Objektiv rechters ist das aktive Beenden einer laufenden, weiterhin indizierten Behandlung zum Zweck der Rettung eines Dritten jedoch nicht.“ (S. 4) Und an den prinzipiellen Imperativ erinnernd, wird ausgeführt, dass auch in Katastrophenzeiten der Staat die Fundamente der Rechtsordnung zu sichern habe.

Es werden anschließend Legitimationsvoraussetzungen der negativen Auswirkungen des weitgehend gesellschaftlichen Lockdowns dargestellt, die einer ernsthaften gesellschaftlichen Debatte bedürfen. An möglichen Elementen eines Vorgehens mit dem Ziel der weitgehenden Vermeidung von Triage-Situationen werden sinngemäß aufgeführt:

- Stärkung und Stabilisierung der Kapazitäten des Gesundheitswesens, insbesondere der Pflege und Intensivkapazitäten
- Bessere Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen
- Ausbau der Testkapazitäten
- Kontinuierliche Datensammlung zu Covid-19-Verläufen, individueller und Gruppenimmunität einschließlich Modellentwicklung der Effektivität von Interventionen
- Förderung und Unterstützung von Forschung zu Impfstoffen und Therapeutika
- Unterstützung von interdisziplinärer Forschung zu sozialen und psychischen Folgen
- Kontinuierliche Re-Evaluation von freiheitseinschränkenden Maßnahmen mit schrittweiser Zurücknahme und eine Wiederaufnahme sozialer und ökonomischer Aktivität
- Entwicklung von effektiven und erträglichen Schutz-/Isolationsstrategien für Risikogruppen (Vorerkrankte, ältere Menschen) und in Einrichtungen der Langzeitpflege
- Präventive Krankenschreibung für jüngere Hochrisikogruppen, die sich in Selbstisolation befinden
- Fundierte Informationsstrategie, regelmäßige und transparente Kommunikation über die ergriffenen Maßnahmen (A.Z.: hier fehlen Angaben über zeitliche Begrenzung und Begründung!)
- Konkrete Berechnungen der zu erwartenden Kosten durch ergriffene Maßnahmen und Alternativszenarien.

Gerade in der Krise als „Stunde der Exekutive“ sei „auf das Zusammenwirken des „gewaltengeliederten und zudem föderalen Staates mit der Vielfalt gesellschaftlicher und namentlich wissenschaftlicher Stimmen zu setzen.“ Die aktuellen Fragen würden die gesamte Gesellschaft berühren und dürften nicht an einzelne Personen oder Institutionen delegiert werden. Entscheidungen müssten von den Organen getroffen werden, „die hierfür durch das Volk mandatiert und demensprechend auch in politischer Verantwortung stehen. Die Corona-Krise ist die Stunde der demokratisch legitimierten Politik.“ (S. 6) Als weiteres Mitglied des Ethikrates hat ein Gießener Rechtswissenschaftler die Ausführungen des Gremiums zur

„Triage“ dahingehend erläutert, dass der *Gleichheitsgrundsatz der Menschenwürde* gelten müsse. Das gelte auch für die Kriterien der medizinischen Fachgesellschaften. Jede diskriminierende Auswahl etwa nach Alter oder soziale Zugehörigkeit sei ausgeschlossen. Damit blieben als wesentliche Kriterien die therapeutischen Erfolgsaussichten.

Ethische Konflikte

Gegen die Verwendung der umstrittenen Triage-Kriterien, vor allem gegen die *Anwendung Gebrechlichkeitsskala* und die Vernachlässigung der menschen- und verfassungsrechtlich garantierten Menschenwürde, hat sich ein Sturm des Protestes erhoben:

Bereits am 3. April 2020 hat die Deutsche Stiftung Patientenschutz Regelungsbedarf angemeldet: "Denn nur das Parlament hat die demokratische Legitimation, ethische Regeln über die Verteilung von Lebenschancen festzulegen." Denn die Richtlinien des Deutschen Ethikrats und der medizinischen Fachgesellschaften widersprechen sich in einem entscheidenden Punkt. Die Fachgesellschaften schrieben den Ärzten das Recht zu, bei einem Intensivpatienten die Therapie einzustellen, um einen anderen Patienten mit höherer Erfolgsaussicht zu versorgen. Ein solches Vorgehen halte aber der Ethikrat für rechtswidrig. Deshalb müsse der Bundestag jetzt klären, ob das Kriterium Erfolgsaussicht oder Dringlichkeit Vorrang haben soll. Bisher spreche die medizinische Praxis sich für die Dringlichkeit aus - mit Verweis auf die Transplantationsmedizin.

Von der LIGA Selbstbestimmung wurde am 7. April 2020 der Deutsche Bundestag aufgefordert, angesichts der gegenwärtig kursierenden Papiere zu menschenrechtlich problematischen Entscheidungen über Leben und Tod bei knappen Ressourcen eindeutig Stellung zu beziehen. Medizinische Fachgesellschaften würden mit einer fragwürdigen Gebrechlichkeitsskala arbeiten und daraus Kriterien für die Zuteilung knapper Ressourcen ableiten. Der Ethikrat habe in seiner Ad-hoc-Empfehlung die Verantwortung des Staates bereits als erfüllt angesehen, wenn er lediglich grobe Vorgaben erstellt. Da es aber um fundamentale Grundlagen des Zusammenlebens ginge, müsse der deutsche Bundestag eine eindeutig fundierte Position beziehen. Entsprechend wird gefordert, dass

- die Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften nicht angewendet werden dürfen
- der Ethikrat seine Empfehlung überarbeiten müsse
- Behinderung kein Kriterium bei Priorisierungsentscheidungen sein dürfe
- nicht von „Risikogruppen“, sondern nur von „besonders gefährdeten Personen“ ohne pauschale Gruppenbildung aufgrund von Alter oder Diagnosen etc. gesprochen werden dürfe
- bei der Erarbeitung seiner menschenrechtlich fundierten Positionierung der Bundestag die betroffenen Menschen über die sie vertretenden Verbände beteiligen müsse.

Von Abilitywatch.de wurde am 13. April 2020 ein Positionspapier „Mensch ist Mensch“ herausgegeben, welches sich mit den DIVI-Empfehlungen auseinandersetzt, nachdem einige Tage gebraucht wurden, um den „tiefen sitzenden Schock zu realisieren.“ Für Menschen mit Behinderungen seien die vorgestellten Triage-Empfehlungen nicht hinnehmbar, weil die Betroffenen strukturell und grundsätzlich benachteiligt würden. Die Gebrechlichkeitsskala, die Patienten nach ihrem äußerlichen Erscheinungsbild in verschiedene Kategorien sortiert, die dann zur Priorisierung mit Blick auf eine „klinische Erfolgsaussicht“ führt, sei inakzeptabel. Der aus der Skala resultierende Wert entscheide darüber, wer lebensrettende Behandlungen erhält und wer nicht. Es gehe dabei nicht um eine „best-choice“-Entscheidung, sondern um einen Verzicht auf Behandlung derer, bei denen durch einen völlig unzulänglichen und diskriminierenden Katalog geringere Erfolgsaussichten vorhergesagt würden. Allein durch die in der Skala benutzte „Abhängigkeit“ von anderen, Unterstützungsbedarf, die Nutzung von Gehhilfen, Rollstühlen etc. gelten diese Menschen als

„gebrechlich“. Dabei könnte es sich durchaus um z.B. einen jungen querschnittsgelähmten Rollstuhlfahrer oder um einen Patienten mit Muskeldystrophie mit handeln. Die Skala sage nämlich nichts darüber aus, ob die Behandlung tatsächlich erfolgreich sein wird oder nicht: „In Großbritannien führte der Einsatz dieser Methodik anfangs zu einer grundsätzlichen Nichtbehandlung behinderter Menschen und wurde erst durch massiven Protest von Menschen mit Behinderung relativiert.“

Im DIVI-Leitfaden würden Kriterien von Komorbiditäten mit Beeinträchtigung des Langzeitüberlebens aufgeführt, darunter auch: „Weit fortgeschrittene generalisierte neurologische und neuromuskuläre Erkrankungen.“ Das Vorhandensein einer Vorerkrankung könne in dieser allgemeinen Aussage jedoch nichts über die Erfolgsaussichten der Behandlung und des Langzeitüberlebens aussagen. Selbst, wenn dies so wäre, sei durch das Grundgesetz eine Abwägung von Leben gegen Leben ausgeschlossen: „Auch ein Mensch mit Behinderung, mit Vorerkrankungen oder ältere Menschen müssen darauf vertrauen dürfen, dass sie die gleichen Chance auf Lebensrettung haben wie jeder andere Menschen auch.“ Doch würden im Ernstfall Entscheidungen getroffen, die auf einer vermeintlichen „Lebenswert-Nicht Lebenswert“-Alternative beruhen oder auf einer Entscheidung, wieviel Lebenszeit mutmaßlich nach erfolgreicher Behandlung verbleiben würde („sechs Monate“). Selbst wenn das Mehraugenprinzip durchgeführt würde, sei dieses geprägt vom medizinischen Modell von Behinderung, welches spätestens seit der UN-Behindertenrechtskonvention durch das soziale Modell von Behinderung abgelöst wurde. Das wiege umso schwerer, als bei der DIVI-Empfehlung kein Verband und keine Institution von Menschen mit Behinderung oder andere Minderheiten beteiligt worden seien, die auf diese Umstände hätten hinweisen können.

Auch wenn bei Ressourcenknappheit eine Entscheidung schwierig sei, könne eine ärztliche Entscheidung als Gewissensentscheidung nicht durch das Abhaken diskriminierender Prüfungskriterien abgenommen werden. Willkürliche und strukturelle diskriminierende Entscheidungen seien verboten. Die Triage nach Erfolgsaussichten durchzuführen, sei nur eine von mehreren Handlungsmaximen wie das Dringlichkeit-, Zufalls- oder Prioritätsprinzip. Deshalb sollte der Gesetzgeber pflichtgemäß nach Artikel 1 der uneingeschränkten Menschenwürde Prinzipien für die Wahl der Entscheidungsmaximen aufstellen, um und Menschen mit Behinderungen vor fremdbestimmten willkürlichen Entscheidungen zu schützen. Dass der Präsident der DIVI öffentlich die Frage aufgeworfen habe, ob es wirklich Sinn ergebe, „Menschen mit sehr hohem Alter, die aus eigener Kraft schon lange kaum mehr leben können und schwere chronische Begleiterkrankungen haben, noch zu intubieren und auf einer Intensivstation zu beatmen“, wecke schlimmste Erinnerungen auf Begründungsmuster aus längst überwunden geglaubten Zeiten auf. Es müsse durch ein Parlamentsgesetz sichergestellt werden, dass die Entscheidungskriterien keinen unmittelbar oder mittelbar diskriminierenden Charakter haben, und dass für Patient*innen Rechtsschutzmöglichkeiten bestehen.

Hier ist vom Autor sachlich-fachlich zu ergänzen, dass allein in Deutschland bereits vor der Corona-Pandemie etwa 20.000-50.000 Patient*innen mit chronisch-neurologischen und kritisch-chronischen Erkrankungen wie Locked-in-Syndrom (LIS), Amyotrophische Lateralsklerose (ALS), hohes Querschnittssyndrom sowie chronisch-muskuloskelettalen Erkrankungen (CIM, CIP) ambulant intensivpflegebedürftig gewesen sind und als anerkannte „Schwerbehinderte“ langzeitbeatmet werden mussten, im Einzelfall über Jahrzehnte. Diese Patient*innen würden gemäß CFS vollständig der „Risikogruppe“ mit niedrigen Erfolgsaussichten zugeordnet, obwohl sie in Befragungen für sich einer hohe Lebensqualität und Lebenszufriedenheit angeben und bei angemessener pflegerischer, medizinischer und therapeutischer inklusiv-teilhabeorientierter Langzeitversorgung eine Behandlungsperspektive mit hoher Lebenserwartung aufweisen.

Zu den Triage-Entscheidungskriterien haben sich verschiedene Organisationen zu Wort gemeldet, u.a. (1) der Behindertenbeauftragte der Bundesregierung und (2) das Bochumer Zentrum für Disability Studies (BODYDYS), die sich auf das Forum der behinderten Juristinnen und Juristen (FbJJ), den Hamburger Medizinrechtler Oliver Tolmein und das Deutsche Institut für Menschenrechte berufen.

Der (1) Behindertenbeauftragte der Bundesregierung forderte am 17. April 2020 eine Bundestagsdebatte zu der Frage, nach welchen Kriterien bei begrenzten Kapazitäten in den Krankenhäusern entschieden werden soll, welche Codi-10-Patienten weiter behandelt werden. Ärztinnen und Ärzte brauchten einen Leitfaden. Solche Entscheidungen könnten nicht an die Wissenschaft delegiert werden. Auch der Deutsche Ethikrat habe in seiner Stellungnahme betont, dass der Staat keine Handlungsmaxime für die sogenannte Triage vorgeben sollte. Der Staat dürfe menschliches Leben nicht bewerten und auch deshalb nicht vorschreiben, welches Leben in einer Konfliktsituation vorrangig zu retten sei. Das Gremium habe auf die Verantwortung von Fachgesellschaften und deren Empfehlungen verwiesen. Er habe die Sorge, dass diese Empfehlungen falsch ausgelegt werden. Viele Behinderungen gingen mit Vorerkrankungen einher, was nicht heißen dürfe, dass deshalb nicht behandelt werden sollte. Es müsse ganz klar sein, dass der Zustand *vor* der Akuterkrankung der Maßstab sein müsse, wenn in einer Triage-Situation Erfolgsaussichten einer Therapie gegeneinander abgewogen werden müssten.

Vom (2) Bochumer Zentrum für Disability Studies (BODYDYS) wurde eine Stellungnahme „Inklusion in Zeiten der Katastrophen-Medizin“ zur „gegenwärtigen Triage-Debatte, in der behinderte Menschen hintangestellt werden sollen“ abgegeben. 11 Jahre nach dem Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention sei Menschenrecht in diesen hektischen Zeiten des medizinischen Krisenmanagements aus dem Blickfeld geraten. Menschenrechte seien gerade auch in Katastrophenzeiten zu beachten, wenn die Errungenschaften des Rechtsstaates nicht abhandenkommen sollen. Die Frage, wessen Leben gerettet werden soll, sei nicht privaten Fachgesellschaften der Medizin, wie DIVI und anderen anheimzustellen, zumal sie gegen die in der Verfassung festgelegten Menschenrechte, insbesondere der Würdegarantie und der Diskriminierungsverbote verstoßen. Die Empfehlungen der DIVI sprechen sich als Entscheidungskriterium für die Erfolgsaussicht aus, zusätzlich werden Komorbiditäten und die Gebrechlichkeitsskala herangezogen. Der Rechtsanwalt und Medizinrechtler Tolmein habe die Gebrechlichkeitsskala als ein Instrument eingeschätzt, welches bei der Auswahlentscheidung in der Transplantationsmedizin eine Rolle spielt, und dargelegt, dass es bei der Anwendung dieser Skala nicht nur um ein Dilemma gehe. Der Entscheidungsalgorithmus bevorzuge Personen *ohne* Beeinträchtigungen *vor denen* mit chronisch-neurologischer Erkrankung und hohem Assistenzbedarf oder einer jungen Frau mit Down-Syndrom. Das BODYDYS-Zentrum betont den Schutz der Menschenwürde statt utilitaristischer Abwägung. Alter, Behinderung, sozialer Status oder anderen Eigenschaften dürften nicht als Entscheidungskriterium, wessen Leben gerettet werden soll, herangezogen werden. Das verbieten die Diskriminierungsverbote nach Art. 3 Grundgesetz (GG): „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“ und Art. 10 der UN-BRK, in dem das Recht auf Leben für alle behinderte Menschen garantiert wird. Das Bundesverfassungsgericht (BVG) habe mehrfach entschieden, dass die UN-BRK zur Auslegung des Grundgesetzes herangezogen werden müsse. Artikel 25 der UN-BRK verpflichte die Staaten, „diskriminierende Vorenthaltung von Gesundheitsversorgung oder -leistungen oder von Nahrungsmitteln und Flüssigkeiten aufgrund von Behinderung“ zu verhindern. Daher seien Menschen mit Behinderungen vor Diskriminierung und vor der Nichtbeachtung dieser Menschenrechtsquellen durch die DIVI-Empfehlungen unbedingt zu schützen. Die Anwendung der Gebrechlichkeitsskala für Allokationsentscheidungen impliziere zudem eine Bewertung ihres Lebens, die mit der Menschenwürdegarantie nach Artikel 1 GG unvereinbar sei: „Menschliches Leben und menschliche Würde genießen ohne Rücksicht auf die Dauer

der physischen Existenz des einzelnen Menschen gleichen verfassungsrechtlichen Schutz“, so das BVG 2006 unmissverständlich.

Die Haltung des Deutschen Ethikrates schwäche die Menschenrechte, wenn er zwar Lebensschutz und Gleichheit betont, jedoch zu Unrecht diese Entscheidung in die Hände medizinischer Fachgesellschaften legt: „Aus dem Verbot einer eigenen staatlichen Bewertung folgt nicht, dass entsprechende Entscheidungen nicht akzeptiert werden können“, so der Ethikrat, sodann aber auf Fachgesellschaften verweist, „die im Rahmen der vorgenannten Grundvorgaben wichtige Orientierungshilfen geben können und sollten, welche inhaltlich über das hinausgehen, was staatlicherseits zulässig wäre.“ Damit würde eine Haltung „Not kennt kein Gebot“ befördert, welche die Errungenschaften des Menschenrechtsstaates entwerte, obwohl Menschenrechte gerade in Zeiten der Krise Halt böten.

Es wird daher die Schutzpflicht des Staates eingefordert. Auch von der Katastrophenmedizin müsse der mit der UN-BRK eingeleitete Paradigmenwechsel vom medizinischen Modell zu einem menschenrechtlichen Modell vollzogen werden. Der Staat dürfe sich nicht einfach zum Komplizen diskriminierender Empfehlungen von medizinischen Fachgesellschaften machen. Es seien konkrete, zeitliche befristete und an den Menschenrechten orientierte Leitlinien in einem rechtsstaatlichen Verfahren zu generieren. Wesentliche grundrechtsrelevante Maßnahmen der Gesellschaft müssten *vom Gesetzgeber selbst* geregelt werden. Dass dies nicht einmal der Exekutive alleine überlassen werden dürfe, sondern der Kontrolle der Legislative, dem Parlament, als eigenständigem Kontroll- und Handlungsorgan in der Notstandssituation unterliegen müsse, sei auch vom Deutschen Institut für Menschenrechte in einer Erklärung zur Corona-Krise betont worden. Aus behinderungsrechtlicher Perspektive seien in diesem Zusammenhang neben der UN-BRK als zentraler Rechtsquelle die Studie des Hohen Kommissars für Menschenrechte zu Artikel 11 der UN-BRK aus dem Jahre 2015, die auch von Deutschland unterzeichnete *Charta on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action* von 2016 und des Sendau-Rahmenwerkes für Katastrophenvorsorge 2015-2020 anzuwenden. Sie verweisen auf die *Pflicht des Staates*, dafür zu sorgen, dass eine Triage-Situation nicht eintritt. Wenn sie eintreten sollte, seien Patient*innen, die mit Erfolgsaussichten behandelt werden können, *gleichberechtigte* Behandlungschancen einzuräumen. Mit Hinweis auf die Stellungnahme des Forums behinderter Juristinnen und Juristen (FbJJ) zu den Empfehlungen der Fachverbände, wird für den Fall einer Triage erklärt: „Sowohl das Prioritätsprinzip (wer war zuerst da?), das Dringlichkeitsprinzip (wer braucht die Behandlung am notwendigsten?) als letztlich auch das Zufallsprinzipien erfüllen diese Voraussetzungen.“

Aufgrund zahlreicher Proteste haben die Fachgesellschaft DIVI et al am 23. April 2020 eine überarbeitete Fassung „Wir entscheiden nicht nach Alter oder Behinderung“ vorgelegt und sind dabei insbesondere auf aktuell diskutierte Fragen von Triage und Öffnungsperspektiven eingegangen (LINK unter „Referenzen“). Doch ist auch diese geänderte Fassung aus der Behindertenpolitikbewegung in die Kritik geraten. So hat Cassandra Ruhm am 24. April 2020 unter kobinet.org einen Kommentar „Wir lassen uns nicht verarschen“ zu der „neuen“ Handreichung, geschrieben: „Direkt im Titel des gestern dazu erschienenen Artikels preist sich die DIVI selbst mit: ‘Wir entscheiden nicht nach Alter oder Behinderung’. Eine der beiden Zwischenüberschriften des Artikels lautet „Gleichbehandlung: Alter, Grunderkrankung und Behinderung sind keine Kriterien!“, und auch im Text stehen viele gut klingende Worte. Offensichtlich ist die Kritik an der Benachteiligung behinderter Menschen so laut hörbar geworden, dass man diese Selbstdarstellung für nötig befand. Ich habe aber nicht nur den Artikel gelesen, sondern auch die aktualisierte 14-seitige Handlungsempfehlung. Die Unterschiede der alten und der neuen Version in den für behinderte Menschen lebenswichtigen Bereichen sind erschreckend klein. Weiterhin soll die Entscheidung, wer bei zu knappen intensivmedizinischen Ressourcen behandelt werden soll

und wer nicht, von der vermuteten „Erfolgsaussicht“ der Behandlung abhängen. Als die drei „Kriterien für geringe Erfolgsaussicht“ gibt die DIVI die Schwere der aktuellen Erkrankung, Komorbiditäten und einen allgemeinen Gesundheitsstatus mit „Erhöhter Gebrechlichkeit (z.B. Clinical Frailty Scale CFS)“ an (S.13). Die Messskala „Clinical Frailty Scale“ (CFS) wurde für die Beschreibung der Gebrechlichkeit alter Menschen entwickelt und ist nur für Menschen älter als 65 Jahren überprüft worden. Behinderte Menschen bekommen bei Nutzung der Messskala CFS genau denselben Behandlungserfolg zugeordnet, wie alte Menschen, die aufgrund von Alterungsprozessen so gebrechlich geworden sind, dass sie die gleichen körperlichen Einschränkungen haben. Wenn ein ursprünglich nichtbehinderter Mensch aufgrund des natürlichen Alterungsprozesses noch nicht einmal mehr gehen kann, hat er meiner Ansicht nach im Durchschnitt eine deutlich andere gesundheitliche Stabilität und Regenerationsfähigkeit mit sich, als wenn jemand z.B. aufgrund eines Sportunfalls die Beine verloren oder eine Querschnittslähmung erlitten hat oder mit Dismelien (ungewöhnlich geformten Gliedmaßen) geboren wurde und deshalb nicht gehen kann. Bei der vorgeschlagenen Skala CFS werden beide grundverschiedenen gesundheitlichen Bedingungen jedoch gleich gesetzt. Das bedeutet, dass behinderte Menschen systematisch deutlich schlechtere Punktwerte bekommen als Nichtbehinderte, ohne dass es Belege dafür gibt, dass intensivmedizinische Behandlungen bei ihnen tatsächlich nur geringe Erfolgsaussichten hätten. Bei der Messskala CFS wird die „Gebrechlichkeit“ von Menschen auf einer Skala von 1-9 angegeben. Je niedriger der Wert ist, desto höher sind die Chancen auf Behandlung. Menschen mit Assistenzbedarf bekommen nach den aufgeführten Kriterien der „Clinical Frailty Scale“ 9-6 Punkte, im günstigsten Fall 5 Punkte. Die Wahrscheinlichkeit, im Triage-Fall die benötigte Behandlung zu bekommen, ist damit gering. Von mehreren Seiten wurde die Kritik an der lebensbedrohlichen Benachteiligung behinderter Menschen durch die Messskala CFS an die DIVI herangetragen. Trotzdem wird in der überarbeiteten Version der ‚klinisch-ethischen Empfehlungen‘ unverändert immer wieder auf die CFS zur Bewertung des Gesundheitsstatus hingewiesen (auf S. 6, 7, 13 und 14). Wer mehr konkrete Beispiele über die Bewertungsvorgaben der DIVI-Empfehlung lesen möchte, kann sich die untenstehenden Absätze meines Kobinet-Artikels vom 18.4. ansehen. Die Kritikpunkte meines Artikels bestehen leider auch in der aktualisierten DIVI-Empfehlung unverändert weiter, obwohl mein Artikel der DIVI vorliegt. Unter diesen Bedingungen zu behaupten, Behinderung wäre kein Kriterium und man würde gleichbehandeln, ist schon dreist. Ich finde, man darf sich nicht in solchem Ausmaß und auf Kosten anderer unangemessen gut darstellen. Lassen wir die DIVI mit ihrem irreführenden Artikel und der Gefährdung behinderten Lebens nicht durchkommen!“

Der Anhang aus dem Artikel von Cassandra Ruhm vom 18. April 2020 (ergänzte Fassung): *Wie soll im Krisenfall entschieden werden, wer behandelt wird und wer nicht?* wird hier wegen seiner Deutlichkeit und Kompetenz einer Selbstbetroffenen in ganzer Länge hier wiedergegeben und sollte nicht übersprungen werden!

„Es ist eine extrem belastende Situation für die medizinischen Fachkräfte, im Fall des Falles zu entscheiden, wer behandelt werden soll und wer nicht. Es gibt gute Gründe, ihnen Hilfen und Leitfäden für die Entscheidungsfindung an die Hand zu geben, um diese Belastung zu lindern. Zu diesem Zweck hat die „Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin“ (DIVI) zusammen mit 6 anderen medizinischen Fachgesellschaften „Klinisch-ethische Empfehlungen“ für die „Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der Covid-19-Pandemie“ entwickelt. Ich beziehe mich in diesem Artikel auf die 13-seitige Fassung vom 25.3.2020, die ich am 17.4.2020 heruntergeladen habe. Link: <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file> Nach diesen Empfehlungen soll anhand der „klinischen Erfolgsaussicht“ darüber entschieden werden, wer intensivmedizinische Behandlung bekommt und wer nicht. Konkret:

Patient*innen, bei denen die Behandlung mit geringerer Wahrscheinlichkeit Erfolg haben wird, sollen nicht behandelt werden, damit diejenigen, bei denen angenommen wird, dass die Behandlung bei ihnen mit höherer Wahrscheinlichkeit erfolgreich verläuft und ihr Leben gerettet werden kann, behandelt werden können. Alter, sozialer Status, berufliche Position, familiäre Situation oder ähnliche Merkmale werden in den Empfehlungen nicht als Entscheidungskriterien aufgeführt.

Das Verfahren zur Beurteilung der Erfolgsaussichten

Zur fachgerechten Bewertung der Erfolgsaussichten einer intensivmedizinischen Behandlung geben die Unterlagen der DIVI ein Verfahren an die Hand. Bei diesem Verfahren werden auf der „Dokumentationshilfe für Priorisierung bei Ressourcenknappheit“ (im obigen Dokument auf S. 13), einem einfachen Formular im DIN A4-Format, ein paar Angaben eingetragen, aus denen sich die Prognose und die Entscheidung über die Behandlung ergibt. Für die Prognose der Erfolgsaussicht werden drei Faktoren berücksichtigt: Für die „Aktuelle Erkrankung“ und für den „Allgemeinen Gesundheitsstatus“ wird jeweils ein mit einer Messskala erhobener Wert in Punkten angegeben. Dazu kommen Angaben zu möglichen schweren „Komorbiditäten“, also zusätzliche Krankheiten. Aus diesen 3 Angaben ergibt sich die vermeintliche Erfolgsaussicht. Je ungünstigere Angaben man in einem oder mehreren dieser 3 Bereiche hat, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, bei zu knappen Ressourcen überhaupt die benötigte Behandlung zu bekommen. Im Feld „Komorbidität“ stehen 5 Felder für bestimmte Krankheitsgruppen zum Ankreuzen aufgelistet. Eines davon steht für „Chronisches Organversagen“ (auf S. 7 im Fließtext des Dokuments wird eine dialysepflichtige Nierenerkrankung als Beispiel angegeben), ein anderes für „generalisierte neurologische Erkrankung“, im Fließtext als „weit fortgeschrittene generalisierte neurologische oder neuromuskuläre Erkrankungen“ ausgeschrieben. Darunter kann man das Feld „Multimorbidität“ (mehrere Krankheiten gleichzeitig) ankreuzen oder ein Feld für einen sehr kurzen Kommentar. *Anmerkung vom 24.4.2020: In der aktualisierten Fassung wird von einer „weit fortgeschrittenen neurologischen Erkrankung“ gesprochen und es werden für eine „schwere Organ-Dysfunktion“ die Unterpunkte Herz, Lunge, Leber, Niere aufgeführt. Diese Änderungen lösen das Problem meiner Ansicht nach nicht.* In der Behindertenbewegung und meinem übrigen Leben habe ich viele Menschen mit (weit fortgeschrittenen) generalisierten neurologischen oder neuromuskulären Erkrankungen wie beispielsweise MS, Polio oder Muskelkrankheiten kennengelernt. Einzelne auch, die Dialyse nutzen mussten. Etliche nette Menschen hatten mehrere schwerere Erkrankungen gleichzeitig. Ich selbst habe zwar viel Kraft, werde aber schnell und oft krank. Viele behinderte Menschen sind hingegen kerngesund, werden nur selten krank oder erholen sich von Krankheiten schnell und gut. Wieso wir alle laut DIVI „schlechte Erfolgsaussichten“ bei einer intensivmedizinischen Behandlung haben sollen, erschließt sich mir nicht.

Die Kriterien, nach denen der „Allgemeinen Gesundheitsstatus“ bewertet wird

Noch bedrohlicher wird die Prognose für behinderte Menschen beim wissenschaftlich fundierten Erheben des Werts für den „Allgemeinen Gesundheitsstatus“. Hier wird nicht zwingend vorgegeben, mit welcher Methode der Allgemeinzustand erhoben werden soll. Vorgeschlagen werden jedoch die Messskalen „Clinical Frailty Scale“ (CFS) (im Fließtext auf S. 6 und S. 7, im Fließdiagramm zur Entscheidungsfindung, S. 12 und im Bewertungsformular, S. 13) oder ECOG (im Bewertungsformular). Ich habe mir diese beiden Messskalen etwas genauer angesehen. Beides sind auf den ersten Blick standardisierte und vielfach erprobte Erhebungsinstrumente.

Die „Clinical Frailty Scale“ (CFS)

Auf der aktuell viel zitierten „Clinical Frailty Scale“ (CFS), die die DGG (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.) „als Handreichung schnellstmöglich auf jeder Intensivstation

und Notaufnahme hängen“ haben möchte, wird die „Gebrechlichkeit“ von Menschen auf einer Skala von 1-9 angegeben. Je niedriger der Wert ist, desto höher sind die Chancen auf Behandlung. Ich habe sie am 17.4.2020 heruntergeladen. Link: https://www.dggeriatrie.de/images/Bilder/PosterDownload/200331_DGG_Platat_A4_Clinical_Frailty_Scale_CFS.pdf. Menschen mit Assistenzbedarf bekommen nach den aufgeführten Kriterien der „Clinical Frailty Scale“ 9-6 Punkte, im günstigsten Fall 5 Punkte. Hier der komplette Wortlaut für die Zuordnung zu 6 Punkten: „Mittelgradig frail“. Personen in dieser Kategorie benötigen Hilfe bei allen außerhäuslichen Tätigkeiten und bei der Haushaltsführung. Im Haus haben sie oft Schwierigkeiten mit Treppen, benötigen Hilfe beim Baden/Duschen und eventuell Anleitung oder minimale Unterstützung beim Ankleiden.“ Ich selbst brauche Hilfe im Haushalt, mit Treppen habe ich große Schwierigkeiten, hier und da könnte ich Hilfe auch ansonsten gut gebrauchen. Lange Jahre stand zum Thema außerhäusliche Tätigkeiten in meinem Schwerbehindertenausweis: „Die Notwendigkeit ständiger Begleitung ist nachgewiesen.“ Der Standartsatz für Rollstuhlfahrer*innen, der heute glücklicherweise etwas anders formuliert wird. Um 5 Punkte zu bekommen, darf man Hilfe nur bei anspruchsvollen Alltagsaktivitäten, wie finanziellen Angelegenheiten, Transport, schwerer Hausarbeit“ einfordern. Ich bin zwar mobil und relativ sportlich, aber muss mir behinderungsbedingt auch schon leichte Hausarbeit abnehmen lassen. Danach würde ich mehr als 5 Punkte bekommen. Um „nur“ 4 Punkte zu bekommen, darf man „nicht auf externe Hilfen im Alltag angewiesen“ sein. Selbst die fittesten, sportlich außergewöhnlich aktiven, blinden Menschen, brauchen im Alltag hin und wieder Hilfen. Ich vermute, dass es Ärzte und Ärztinnen geben wird, die sich über die Angaben der Messskala soweit hinwegsetzen, dass sie außergewöhnlich sportliche, blinde Menschen trotz des Hilfebedarfs im Alltag mit 1 Punkt als „Sehr fit“ oder zumindest mit 2 Punkten als „Durchschnittlich aktiv“ bewerten und ihnen somit Behandlungschancen geben. Nach den „Klinisch-ethischen Empfehlungen“ der DIVI soll ein ansonsten gesunder, blinder oder anderweitig behinderter Mensch bei einer schweren Lungenentzündung eine so schlechte Erfolgsaussicht haben, dass er bei zu knappen Ressourcen keine intensivmedizinische Behandlung bekommt. Im Unterschied dazu bekommen nichtbehinderte Menschen automatisch nur 1 bis 3 Punkte. Punkte, die darüber entscheiden, ob jemand dringend benötigte Behandlung bekommt oder nicht.

Die Bewertungsskala ECOG

Als Alternative zur „Clinical Frailty Scale“ (CFS) schlägt die DIVI im Bewertungsformular den ECOG vor. Der Index zur Lebensqualität der Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) ist eigentlich zur Beschreibung von Menschen mit Tumorerkrankungen entwickelt worden. Link: https://www.kompetenznetz-leukaemie.de/content/aerzte/scores/performance_status/. Beim ECOG können 0-5 Punkte erreicht werden, wobei 0 Punkte für den Zustand vor der Krebserkrankung stehen und 5 Punkte für Tod. Um nur einen Punkt zu bekommen, darf man zwar „Einschränkung bei körperlicher Anstrengung“ haben, muss aber „gehfähig“ sein und leicht körperlich oder im Büro arbeiten können. Für 2 Punkte muss man nicht mehr arbeitsfähig, aber noch gehfähig sein und sich selbst versorgen können. Wenn man dies Bewertungs-System ohne Modifikation auf einen kerngesunden Rollstuhlfahrer anwendet, landet er automatisch in der ungünstigsten Hälfte der Punktwerte, sogar wenn er Leistungssportler ist. Theoretisch könnte man den ECOG so umändern, dass gehbehinderte Menschen nicht ohne sachlichen Grund benachteiligt werden, weil man für gute Punktwerte voll gehfähig sein muss. Aber auch dann würden Menschen mit Assistenzbedarf automatisch 3 oder 4 Punkte bekommen, also die schlechtesten Werte, die möglich sind, solange ein Mensch noch lebt. Jeder Punkt mehr sagt angeblich aus, dass bei einer Behandlung mit weniger Erfolg gerechnet werden kann.

Sachlichkeit und Gerechtigkeit oder systematische Benachteiligung?

Die Verwendung dieser wissenschaftlich validierten Skalen zur Beschreibung des „Allgemeinen Gesundheitsstatus“ vermittelt den Eindruck von Sachlichkeit, Neutralität und Gerechtigkeit. Tatsächlich führt sie aber dazu, dass behinderte Menschen systematisch deutlich schlechtere Punktwerte bekommen als Nichtbehinderte. Ohne dass es Belege dafür gibt, dass intensivmedizinische Behandlungen bei ihnen tatsächlich nur geringe Erfolgsaussichten hätten. Auf der Druckvorlage der DGG (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.) für die Verwendung in möglichst allen Notaufnahmen und Intensivstationen kann man folgenden Hinweis finden: „Bedenken Sie, dass die Klinische Frailty Skala nur bei älteren Personen (≥ 65 Jahren) umfangreich validiert ist. Die Skala ist nicht bei Personen mit stabilen dauerhaften Behinderungen, wie z. B. frühkindlichen Hirnschädigungen, validiert, da deren Prognose stark von der älterer Menschen mit progredienten Behinderungen differieren könnte.“ In dem 13-seitigen Dokument der DIVI zu „Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen“ und auf dem Bewertungsformular findet sich kein warnender Hinweis in dieser Richtung.

Bewertungsinstrumente, die behinderten Menschen negativ verzerrte Behandlungschancen zuschreiben

Ich finde es gut, dass die DGG auf das Problem der fehlenden Validierung hinweist. Man kann den Hinweis der DGG allerdings auch so verstehen, dass die Skala für jüngere, behinderte Menschen nur noch nicht validiert ist, also noch nicht in ihrer Richtigkeit wissenschaftlich bestätigt wurde. Das heißt nicht automatisch, dass sie nicht angewendet werden kann. Menschen, die mit Körperbehinderungen leben, die seit langem unverändert sind, bekommen bei Nutzung der Messskalen CFS oder ECOG genau denselben Behandlungserfolg zugeordnet, wie alte Menschen, die aufgrund von Alterungsprozessen so gebrechlich geworden sind, dass sie dieselben Einschränkungen haben. Wenn ein ursprünglich nichtbehinderter Mensch aufgrund des natürlichen Alterungsprozesses noch nicht einmal mehr gehen kann, bringt das meiner Ansicht nach im Durchschnitt eine deutlich andere gesundheitliche Stabilität und Regenerationsfähigkeit mit sich, als wenn jemand z.B. aufgrund eines Sportunfalls die Beine verloren oder eine Querschnittslähmung hat oder mit Dismelien (ungewöhnlich geformten Gliedmaßen) geboren wurde und deshalb nicht gehen kann. Bei den vorgeschlagenen Skalen werden beide grundverschiedenen gesundheitlichen Bedingungen jedoch gleich gesetzt. Da es viele sehr unterschiedliche Behinderungen gibt, halte ich für möglich, dass es keine umfangreich erprobten und validierten Messskalen für den allgemeinen Gesundheitsstatus behinderter Menschen gibt. Meiner Ansicht nach darf allerdings nicht die „Lösung“ sein, uns behinderten Menschen automatisch wesentlich schlechtere Behandlungschancen zuzuordnen als es unserem Gesundheitsstatus tatsächlich entspricht, sodass die Wahrscheinlichkeit, in Triage-Situationen überhaupt intensivmedizinisch behandelt zu werden, gering wird. Ich gehe davon aus, dass ich selbst bei zu knappen Ressourcen keine lebenserhaltende Behandlung bekommen würde. Als Rollstuhlfahrerin bekomme ich allein aufgrund meiner Behinderung bei den vermuteten Erfolgsaussichten viel zu schlechte Punktwerte. Die DGG sagt, dass die Vorhersage eines Behandlungserfolges von Menschen, die z.B. seit Geburt Spastiker*innen sind und die seit langem mit unveränderten Einschränkungen leben, stark von der Vorhersage für alte Menschen mit denselben Einschränkungen abweichen „könnte“. Ich sage, dass man Bewertungsinstrumente, die behinderten Menschen offensichtlich so stark negativ verzerrte Behandlungschancen zuschreiben, nicht für behinderte Menschen verwenden DARF. Hier brauchen wir deutliche Unterstützung durch die Politik, um das Leben behinderter Menschen zu schützen, nicht nur schwammige Aussagen.“

Palliativ-Intensivmediziner zu Covid-19-Behandlungen

In einem Interview mit dem Deutschlandfunk am 11. April 2020 wird vom Palliativmediziner Matthias Thöns eine „sehr einseitige Ausrichtung auf die Intensivbehandlung“ von Patienten in der Coronakrise kritisiert. Notwendig sei eine bessere Aufklärung, darüber, dass eine Intensivtherapie leidvoll sei und das Verhältnis zwischen Nutzen und Schaden kaum stimme. Thöns hält die Ausrichtung der Politik auf die Intensivbehandlung von Covid-19-Erkrankten, das Kaufen von Beatmungsgeräten und das Ausloben von Intensivbetten für einseitig. Er sagt eine „ethische Katastrophe“ voraus. Denn eine Intensivbehandlung von hochaltrigen, vielfach erkrankten und zumeist schwerstpflegebedürftigen Patienten, von denen 40 Prozent aus einem Pflegeheim kämen, und die üblicherweise palliativmedizinisch behandelt wurden, stelle unter der neuen Erkrankung Covid-19 eine falsche Priorisierung dar: „Es werden alle ethischen Prinzipien verletzt, die wir so kennen.“ Ärzte sollen mehr nutzen als schaden. Wenn Covid-19 zum Atemversagen führt, können nach einer chinesischen Studie nur drei Prozent der Betroffenen gerettet werden. 97 Prozent versterben trotz der nicht selten leidvollen Maximaltherapie auf einer Intensivstation. Auch stimme dann das Verhältnis zwischen Nutzen und Schaden nicht mehr. Nur wenige Patienten nach zwei bis drei Wochen Beatmung kämen zurück in ihr altes Leben, eine große Zahl der Geretteten verblieben schwerstbehindert. Das seien Zustände, die von den meisten älteren Menschen abgelehnt werden. Schon die Indikation sei also fraglich. Durch intensivmedizinische Maßnahmen wie Intubation und Beatmung von Infizierten würde Medizinpersonal in hohem Maße gefährdet: „Der Wille geht über die Indikation.“ Untersuchungen hätten gezeigt, dass 91 Prozent der Befragten Maßnahmen ablehnen, die mit dem hohen Risiko einer Behinderung einhergehen. Man wisse, dass diese Willensermittlung tatsächlich nur bei 4% der Beatmeten stattfindet. Auch sei nicht auszuschließen, dass das Geld eine Rolle spielt. Beatmungsmedizin werde mit einem Tag Beatmung über 20.000 Euro extrem gut vergütet wird. Gleichzeitig würden andere Operationen aufgeschoben. Ethisch sei es eine Katastrophe, Verluste durch die Einsparungen elektiver Operationen damit auszugleichen, dass man Menschen beatmet. Diese Kritik wird zwar vom Intensivmediziner Marx zurückgewiesen, auch die Annahme, dass ältere und vorerkrankte Patienten mit Covid-19 vorzugsweise intensivmedizinisch betreut werden. Die Ausrichtung auf die Intensivmedizin sei zwar weltweit verbreitet, man glaube, dass, wenn man mehr Geld in das System steckt und mehr Beatmungsbetten anlegt, diese Krise zu managen sei. Das sei eine falsche Annahme. Kontakteinschränkungen seien im Moment mit Sicherheit sinnvoll. Man müsse vermeiden, dass Pflegeheimbewohner sich anstecken. Aber selbst dann könne man palliativmedizinisch sinnvoll handeln. Man müsse nicht alle beatmen. Dabei müsse kein Mensch heute mehr leidvoll ersticken, sondern Palliativmedizin könne das sehr leidlos gestalten. Die Leute müssten jetzt befragt werden, ob sie überhaupt die Maximalmedizin wollen: isoliert von Ihrer Familie, am Lebensende beatmet auf einer Intensivstation zu liegen. Bisher haben nur 30 Prozent der Pflegeheimbewohner eine Patientenverfügung. Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin hat Rahmenbedingungen für schwierige Triage-Entscheidungen auf den Intensivstationen veröffentlicht. Dabei werden Patienten nach Überlebenschancen einteilt. „Besser wäre natürlich, klar, wenn man von vornherein nur die Patienten mit dem Rettungsdienst in die Klinik bringt, die auch Intensivmedizin wollen. Und deshalb wäre die Entscheidung viel früher noch viel besser.“

https://www.deutschlandfunk.de/palliativmediziner-zu-covid-19-behandlungen-sehr-falsche.694.de.html?dram:article_id=474488

Medizinrechtliche Betrachtung

In der Ausgabe des Deutschen Ärzteblattes 18/2020 vom 1. Mai wurde eine juristische Betrachtung des Medizinrechtlers Taupitz zur Triage in einer Pandemie unter dem Titel „Bislang gesetzlich ungeregelt“ veröffentlicht. Die Standesethik medizinischer Fachgesellschaften greife zu kurz. Die Pandemiepläne der Bundesregierung und der Länder

enthalten weder Vorgaben noch gesetzliche Normen im Falle einer Triage. Eine Regelung der Allokation knapper Ressourcen im Pandemiefall durch den parlamentarischen Gesetzgeber sei daher dringend erforderlich. Im Pandemiefall sollten Allokationskriterien darüber entscheiden, welcher Patienten anstelle anderer Patienten ein benötigtes Medikament oder Beatmungsgerät erhält, wer also „bevorzugt“ werde solle. Das Problem der interpersonellen Verteilung kann die Medizin in ihrer Eigenschaft als Naturwissenschaft jedoch nicht mit `Bordmitteln` lösen. Auf die Abwägung von Zielkonflikten sei die Medizin auf normative Vorgaben durch Ethik und Recht angewiesen. In der Medizinethik kursierten jedoch zahlreiche konkurrierende Richtungen wie Utilitarismus, Egalitarismus, Individualismus und Deontologie. Die Frage, welche dieser Richtung maßgeblich sei, könne die Ethik nicht aus sich heraus beantworten. Es sei daher eine Antwort des Rechts gefordert und nach der Wesentlichkeitslehre des Bundesverfassungsgerichtes sogar eine solche des parlamentarischen Gesetzgebers. In kritischer Auseinandersetzung mit der Stellungnahme des Deutschen Ethikrates spricht sich Taupitz dafür aus, dass in bestimmten Konstellationen eine Abwägung *zulasten des Lebensschutzes* möglich sein müsse, wenn nämlich das Leben gegen ebenso hohe verfassungsrechtliche Güter abgewogen werden müsste. Dabei sei es grundsätzlich Ziel der Rechtsordnung, ein Optimum an Rechtsgüterschutz zu erreichen. Im Pandemiefall sei dieses Optimum nur zu erreichen, wenn knappe medizinische Güter so eingesetzt werden, dass möglichst viele Leben gerettet werden könnten: „Es geht im Pandemiefall nicht um eine aktive Verkürzung des Lebens eines Betroffenen um der Rettung eines anderen willen. Vielmehr bleiben diejenigen, die nicht gerettet werden können, ihrem von der Krankheit und der Mangelsituation bestimmten Schicksal überlassen.“ Dabei sei die Zulässigkeit fraglich, „die lebenserhaltende Behandlung eines Patienten zu beenden, um mit den dadurch frei werdenden medizinischen Ressourcen das Leben eines anderen zu retten.“ Eine konsequente Verlaufs-Triage, wie sie die Schweizer Richtlinien enthalten, sei nur zulässig, wenn nach detaillierten klinischen Kriterien regelmäßig überprüft würde, bei welchen Patienten ein Erfolg der Beatmung inzwischen unwahrscheinlich erscheint. Nach Taupitz weisen, wenn auch nicht so deutlich, auch andere Fachgesellschaften in die gleiche Richtung. Lediglich der Deutsche Ethikrat vertrete eine andere Auffassung. Objektiv rechtens sei das aktive Beenden einer laufenden, indizierten, intensivmedizinischen Behandlung zum Zwecke der Rettung eines Dritten jedoch nicht. Auch in Katastrophenzeiten habe der Staat die Fundamente der Rechtsordnung zu sichern. Überraschend sei jedoch, so Taupitz, mit welcher Rigidität der Ethikrat eine „ethisch begründbare“ Entscheidung für objektiv rechtswidrig erkläre und gegen die Fundamente der Rechtsordnung gerichtet sehe. Es gelte aber entsprechend des Verdikts der Rechtswidrigkeit entsprechenden Handelns, „dass derjenige, dem die erforderlichen medizinischen Ressourcen nicht mehr weiter zur Verfügung gestellt werden, an seiner *Krankheit* stirbt, aber nicht durch einen von außen kommenden Eingriff in sein Leben.“ (kursiv, A.Z.) Nach Auffassung des Ethikrates werden „Patienten, denen die Behandlung vorenthalten wird, von den medizinischen Entscheidern nicht etwa durch Unterlassen ´getötet`, sondern aus Gründen einer tragischen Unmöglichkeit vor dem krankheitsbedingten Sterben *nicht gerettet*.“ (kursiv, A.Z.) Dennoch sei, nach Taupitz, unter Berufung auf ein Urteil des Bundesgerichtshofes von 2010 ein Behandlungsabbruch in der Triage als Unterlassen zu werten. Entgegen der Auffassung des Ethikrates sollte der Arzt, der in einer Triage-Situation eine „Gewissensentscheidung“ trifft, die „ethisch begründbar ist und transparenten, etwa von den medizinischen Fachgesellschaften aufgestellten Kriterien folgt“, nicht nur als „Entschuldigungsgrund“ gelten, sondern „als rechtmäßig bewertet werden.“ Würde man dies anders sehen, würden Politik und „die Rechtsordnung das medizinische Personal im Pandemiefall tagtäglich sehenden Auges rechtswidrig handeln“ lassen, obwohl das Personal nach den Empfehlungen der Fachgesellschaften sich „ethisch begründbar“ und nicht zuletzt auch „verfassungskonform“ verhalten habe.

Streit um Lebensschutz und Grundrechte

Bundestagspräsident Wolfgang Schäuble hat am 26. April 2020 erklärt: „Nicht alles muss vor dem Schutz von Leben zurücktreten.“ Die Würde des Menschen, nicht der Lebensschutz, sei vorrangig. Der Lebensschutz sei „in seiner Absolutheit nicht richtig.“ Die Politik sei durch das Grundgesetz nicht in der Pflicht, alles darauf auszulegen, Menschenleben zu schützen. „Zwei Jahre lang einfach alles stillzulegen, auch das hätte fürchterliche Folgen.“

Bereits am 11. April 2020 hatte der Staatsrechtler Volkmann die aktuellen Ausgangsbeschränkungen zur Eindämmung des Corona-Virus in der SZ kritisch beurteilt. Diese seien nicht mit dem Schutz von Menschenleben zu begründen. Der legitime Zweck des Lebens- und Gesundheitsschutzes sei in der Abwägung der Verhältnismäßigkeitsprüfung zwar nachzuvollziehen. Das höchste Gut sei jedoch die Menschenwürde, die der Verfassungsgeber bewusst an den Anfang des Grundgesetzes gestellt habe und die allen anderen Grundrechten vorangehe. Die Ausgangsbeschränkungen und die damit verbundenen Einschränkungen der Grundrechte hätten auch Auswirkungen auf unser künftiges Zusammenleben: auf Bewegungsfreiheit, freie Ausübung von Berufen, politische Versammlungen. All das sei aktuell nicht möglich. Sollte dieser Zustand länger anhalten, könnte das Prinzip unserer freiheitlichen Gesellschaft insgesamt infrage gestellt sein. Der mit der Pandemie bereitete Notstand habe das Potenzial, das „Herzstück“ der Bundesrepublik, Artikel I des Grundgesetzes, unter Druck zu setzen. Von rechtsoziologischer Seite wird problematisiert, dass die Würde des Menschen plötzlich antastbar wird, wenn selbst der Deutsche Ethikrat sich auf das absolute Verbot des Artikel I, Menschenleben nach Wert und Unwert zu gewichten, nicht einigen konnte.

Im Feuilleton von DIE ZEIT vom 9. Mai 2020 ist dann schließlich ein Gedankenaustausch zwischen dem Philosophen Habermas und dem Rechtstheoretiker Günther zu der Frage erschienen, ob und wie sich angesichts der Corona-Pandemie die Grundrechte Lebensschutz oder Freiheit gegeneinander abwägen lassen. Denn seit Tagen halte diese Debatte gegen eine „Verabsolutierung des Lebensschutzes“ (Schäuble, Laschet, Lindner) die Öffentlichkeit in Atem. Auch der Deutsche Ethikrat habe festgestellt, dass „der gebotene Schutz menschlichen Lebens“ nicht „absolut“ gelte; ein „allgemeines Lebensrisiko“ sei „von jedem zu akzeptieren“. Habermas ist darüber beunruhigt, „wie nun auch Juristen den Lebensschutz relativieren“; und Günther konstatiert: „Kein Grundrecht gilt grenzenlos. Sie können miteinander kollidieren.“ Bei diskutierten über die Frage, wie sich das Verhältnis zwischen unantastbarer Menschenwürde und dem Schutz von Leben und körperlicher Unversehrtheit bestimmen lasse.

Zunächst verweist Habermas darauf, dass die von einigen appellierte Unterordnung des Lebensschutzes unter die Menschenwürde eine „einleuchtende moralische Intuition“ sei. Jedoch gehöre zu einem menschlichen Leben mehr als nur das „bloße Leben“, wie es Aristoteles als das „gute“ Leben genannt habe, sondern heute sei dies „ein selbstbestimmtes und selbst zu verantwortendes, eben das ‚würdige‘ Leben. Dennoch könne es „entwürdigende Situationen geben, wie etwas Umstände einer unheilbaren Krankheit, des überwältigenden Elends oder der erniedrigenden Unfreiheit, ... unter denen eine Person wünscht, lieber tot zu sein, als eine solches Leben führen zu müssen.“ Eine solche Entscheidung könne aber nur „in erster Person, also vom Beteiligten selbst getroffen werden.“ Keine an die Grundrechte gebundene Staatsgewalt könne Bürgern eine solche Entscheidung abnehmen. Sei der Staat berechtigt, das Überleben einiger Bürger oder Einzelner gegen das Wohlergehen oder das weniger gute Leben großer gesellschaftlicher Gruppen abzuwägen? Welche Politik würde eine Regierung verfolgen, wenn angesichts des Risikos der Überbelastung von Intensivstationen eine vermeidbare Erhöhung von Todesraten in Kauf genommen würde? Würde den betroffenen Personen dann nicht doch mehr als ein „allgemeines Lebensrisiko“ zugemutet werden, um die

schwer erträglichen Freiheitseinschränkungen und vielleicht sogar langfristigen und unumkehrbaren Schäden von Kindern, Industrie und Handel abzuwenden?

Demgegenüber wird von Günther der Umstand hervorgehoben, dass es mehr als ein Grundrecht gebe und kein Grundrecht grenzenlos gelte: „Sie können miteinander kollidieren.“ Die eigentliche Abwägung von Grundrechten sei stets die Überprüfung der Verhältnismäßigkeit des Eingriffs: „Neben der verfassungsrechtlichen Legitimität des damit verfolgten Zwecks – hier Lebens- und Gesundheitsschutz – müsse seine Gebotenheit ... und seine Erforderlichkeit angesichts von Alternativen überprüft werden, die weniger intensiv in das Grundrecht ... eingreifen, ohne das Ziel des Infektionsschutzes zu gefährden.“ Ein solche Verhältnismäßigkeitsprüfung sei in der aktuellen Krise aus zwei Gründen schwierig: zum einen ginge es bei dem Lebensschutz um das sogenannte Flachhalten der Kurve und die Senkung der Ansteckungsrate unter die Zahl 1. Das sei sicherlich ein legitimes Ziel. Ob die aktuellen Freiheitseinschränkungen geeignet oder erforderlich seien, um diese Ziel zu erreichen könne angesichts einer Vielzahl von Prognosefaktoren nicht auf Erfahrungs- und Vergleichswissen gestützt werden. Infolge von Krankheiten sterben zu müssen, gehörte in früheren Zeiten zum allgemeinen Lebensrisiko. „Erst seitdem wir über eine hochkomplexes und aufwendiges medizinischen Versorgungssystem verfügen, stellt sich überhaupt die Frage, was und wie viel Staat und Gesellschaft tun können und müssen, um vorhersehbar lebensgefährliche Krankheitsverläufe zu verhindern oder abzumildern.“ Zu der Verpflichtung des Staates, Leben und Gesundheit vor rechtswidrigen Angriffen anderer zu schützen, gehöre zum anderen heute auch die Bereitstellung adäquater medizinischer Versorgungsmittel, was jedoch unter dem Vorbehalt des Möglichen stehe. Da jedoch kein Staat alle Ressourcen in das Gesundheitssystem stecken könne, verschiebe sich somit die Grenze zwischen unvermeidbaren und vermeidbaren tödlichen Folgen der allgemeinen Lebensrisiken. Für Günther scheint hier der Kern des Abwägungsstreites zu liegen, weil Uneinigkeit darüber bestehe, „wo die Grenze angesichts des hohen und in seinen Folgen nicht absehbaren Aufwands an Freiheitsverzicht gezogen werden soll.“ Diejenigen, die für eine Lockerung der Freiheitsgrundrechte plädieren und sich dabei auf die Relativierbarkeit des Grundrechts auf Leben berufen, „müssten eben auch dem ersten Patienten, der infolge der Lockerungen nicht mehr beatmet werden kann, erläutern, dass er um der Freiheit anderer willen zu sterben habe.“ Das Bundesverfassungsgericht habe jedoch dem Recht auf Leben einen „Höchstwert“ beigemessen mit dem Gebot des Staates, „sich schützend und fördernd“ vor das Leben zu stellen. Damit sei zugleich ein Zusammenhang mit Artikel 1 hergestellt: **Das Recht auf Leben sei die „vitale Basis der Menschenwürde und die Voraussetzung der anderen Grundrechte als auch des Rechts auf Freiheit.“** (Hervorhebung durch A.Z.) Damit erklärt sich Habermas einverstanden: „Menschenrechte können erst auf dem Weg demokratischer Willensbildung als Grundrechte positive Geltung erhalten. Wenn aber demokratische Bürger nur den allgemeinen Gesetzen gehorchen, die sie sich selber, und zwar alle gemeinsam, gegeben haben, können sie auch keiner Politik zustimmen, die entgegen ihrer Gleichberechtigung das Leben einiger um der Interessen aller anderen willen aufs Spiel setzt.“

„Katastrophenethik“

Von den Münchner Philosophen Mukerji und Mannino wurde vor kurzem ein erstes philosophisches Buch als „Echtzeitbeitrag“ zur Corona-Krise mit dem Titel „Covid-19: Was in der Krise zählt. Über Philosophie in Reizzeit“ (Reclam, Ditzingen 2020) veröffentlicht. Man müsse die „Argumentationsmaschinerie“ in der Krisenzeit sofort anwerfen: „Wir können uns wertvolle Chancen verspielen, wenn wir warten, bis die empirischen Daten endlich eindeutig sind.“ In dem Kommentar „Auf Vorrat denken“ in Die ZEIT vom 13. Mai 2020 (Feuilleton, S. 9) wird diese Argumentationsfigur der Philosophen kritisch hinterfragt. Sie müsse warten, bis die wissenschaftlichen Fakten klarer sind, man mehr über die Dauer der Immunität wisse, die Ansteckungsgefahr von Kindern geklärt sei und die genauen

Sterblichkeitsraten vorlägen. Im Unterschied zu den beiden Autoren sieht der Kritiker die Verzögerungen und Versäumnisse der Eindämmungsmaßnahmen in Italien nicht als „eine Krise des Denkens“, sondern eher als eine menschliche Schwäche, bedingt durch die Trägheit von Institutionen gegenüber der Komplexität der erforderlichen Verhaltenssteuerungen und demokratischer Meinungsbildung. Dafür liefere das Buch keinerlei Analyse, ganz zu schweigen von den widerstreitenden gesellschaftlichen Interessenlagen, den unterschiedlichen wissenschaftlichen Erkenntnissen in der Stunde der Executive.“ Seiner Meinung nach unterliegen die „Verfolger von Denkfehlern“ selber welchen, und zwar von ethischer Tragweite. Denn der Ausweg aus den Kontaktbeschränkungen, welche die beiden Autoren in Anlehnung an eine konsequentialistische Ethik, die Zweck und Mittel abwägt, vorschlagen, heißt „Cocooning Plus“, was besonderen Schutz durch fortdauernde Isolierung von Risikogruppen bedeutet. Der Rest der Gesellschaft könne sich dann weitgehend frei bewegen. Diesem Vorschlag fehle jede innere Differenzierung innerhalb der Risikogruppe, jede Sensibilität für das Bedürfnis vieler Menschen, mit eben dieser „Risikogruppe“ älterer Menschen in Kontakt bleiben zu wollen. Im Ergebnis sei diese Corona-Bekämpfung-Philosophie nicht nur „weltfremd“, sondern auch „nicht philosophisch genug“, wenn sie zu wenig über den Sinn von Lebensvollzügen nachdenkt. Immerhin mache dies deutlich, dass die Philosophie anfangs, über die „neue Normalität“ nachzudenken.

„Exit“-Strategie

Bei den derzeitigen Auseinandersetzungen um Forderungen nach „Exit-Strategien“ (so der Sprachgebrauch vieler Politiker und Medien) für die Lockerung von Lockdown-Maßnahmen in der Wirtschafts-, Gastronomie- und Tourismusbranche, wurde zeitgleich im Hintergrund über die katastrophenmedizinischen „Triage“-Angebote polarisiert gestritten. Dieser Streit hat mit der wohl weitgehend unbewussten Verwendung des doppeldeutigen Begriffes „Exit“, „Ausgang“ wie auch „Auslöschung“, beinahe schon zynische Auswüchse angenommen. Immerhin gibt es eine Schweizer Sterbehilfe- und Freitodorganisation EXIT. Und in den Niederlanden wurde die legale aktive Sterbehilfe („Euthanasie“, assistierte Tötung) gerade dahingehend erweitert, dass die Tötung „lebensmüder“ Menschen und nicht nur „hoffnungslos Kranker“ legalisiert wurde, was allerdings im eigenen Land nicht unwidersprochen geblieben ist. Und, um im Bild eines Karikaturisten der Nordwestzeitung vom 15. April 2020 zu bleiben, würden sich über die zu erwartenden „Exit“-Strategiemeasures nicht nur die Bevölkerung, die Geschäfts- und Wirtschaftsleute freuen, sondern auch das tödliche Corona-Virus!

Claudia Gottschling hat über Medscape am 14. April 2020 die Ergebnisse einer nicht repräsentativen Befragung unter Ärzten und Ärztinnen „Wie weit würden Sie gehen?“ zu den ethischen Herausforderungen in der Coronakrise veröffentlicht. Demnach sind 52 Prozent motiviert und froh, Arzt zu sein; 55 Prozent halten den Schutz der Gesundheit für das Wichtigste vor wirtschaftlichen Folgen und würden auf Grundrecht und Gewohnheiten noch mehrere Wochen verzichten: 93 Prozent auf Großveranstaltungen, 67 Prozent auf Versammlungsfreiheit, 60 Prozent auf Bewegungsfreiheit (Reisen) und 42 Prozent auf Datenschutz. Nur 17 Prozent sind dafür, Risikogruppen wie z.B. Senioren in Altersheimen mit langfristigen Ausgangssperren zu belegen; 54 Prozent verneinen das Gefühl, dass die mit Covid-19 arbeitenden Personengruppen genug Unterstützung wie Training und psychologische Supervision erhalten; 44 Prozent geben an, nicht einer Risikogruppe anzugehören und keine Angst vor einer Ansteckung zu haben; in Kauf zu nehmen, im Krankenaus ohne den Beistand von Angehörigen oder eines Geistlichen zu sterben, lehnen 24 Prozent ab. 66 Prozent sind dafür, als Arzt oder Ärztin zu versuchen, einen Weg zu finden, damit sich die Angehörigen verabschieden können. Die ethisch-moralische Integrität der schwer belasteten Ärzte und Ärztinnen scheint dieser nicht repräsentativen Umfrage nach trotz der derzeitigen Herausforderungen und Verwerfungen noch einigermaßen intakt zu sein.

Kritik am Krisenmanagement der Regierung

Die Corona-Krise stellt unser Leben auf den Kopf und sorgt nicht selten für massive existenzielle Probleme. Das Vorgehen der Regierung und die Politik ihrer Eindämmungsmaßnahmen im Umgang mit der Bevölkerung, gestützt auf virologische Berater, Infektionsepidemiologen und Behörden wie das Robert-Koch-Institut (RKI), können sachlich in verschiedenen Eskalationsphasen unterschieden werden: Zuerst ist es (1.) um die Vermeidung einer Überlastung des Gesundheitswesens durch den „Hammer“ des Infektionsgeschehens gegangen. Es musste eine Abflachung der sonst drohenden Wellenspitze mit einem Massenanstieg von Infizierten erreicht werden. Körperliches Abstandhalten, Lockdown des öffentlichen Lebens, Durchbrechung der Infektionsketten, Quarantäne der Infizierten, Testung, Husten- und Niesetikette, schließlich auch das Tragen eines Mundschutzes für die Bevölkerung und einer Schutzkleidung für das medizinische, pflegerische und anderes infektionsgefährdetes Personal in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Arztpraxen und Laboren waren die Folge. Die Anzahl der 28.000 Intensiv- und Beatmungsplätze wurde zu verdoppeln versucht. Bundesweit waren über Nacht 375 Gesundheitsämter vor große logistische und personelle Herausforderungen bei vorbestehendem großen Personalmangel gestellt. Dieses Ziel wurde inzwischen so gründlich erreicht, dass die ersten Kliniken wegen zu 50 Prozent leerstehender Betten und horrenden Erlösverlusten Kurzarbeitergeld beantragen mussten. In Akutkrankenhäusern wurden nicht dringliche Operationen verschoben. Rehakliniken wurden zur Akutversorgung umfunktioniert und Rehabilitationsmaßnahmen abgesagt. Laut Verordnung der Bundesregierung vom 6. Mai 2020 müssen weiterhin 20 Prozent der Bettenkapazität auf Normalstationen und 25 Prozent auf Intensivstationen für Corona-Patienten frei gehalten werden. Die Belegung ist so zu steuern, dass im Falle einer zweiten Welle innerhalb von 72 Stunden zusätzliche 20 Prozent freigemacht werden können. Danach wurde (2.) als Kriterium die Verdoppelung der Infektionszahl eingeführt. Nachdem die gewünschte Zahl von 10 erreicht war, wurde (3.) eine Ansteckungszahl R von unter 1 zum Kriterium der infektionspolitischen Steuerung gemacht. Auch dieses Ziel ist seit etwa Wochen durchgehend erreicht. Gegenwärtig wird (4) gleichzeitig auf eine Balance von Ansteckungszahl und Entwicklung der Zahlen an Neuinfizierten geachtet. Dabei wurde hervorgehoben, dass man sich erst am Anfang einer langdauernden Pandemie befindet und mit jeglichen Lockerungsmaßnahmen äußerst umsichtig umgeht, um Zweit- und Drittwellen zu vermeiden. Für die regionale Steuerung wurde schließlich (5.) der Parameter eingeführt, dass innerhalb von 7 Tagen nicht mehr als 50 Neuinfektionen auf 100.000 Einwohner auftreten dürfen.

Es ist deutlich geworden, dass die Durchseuchung von 60-70% Bevölkerung mit Erreichen einer sogenannten Herdenimmunität, an der sich das Virus totläuft, eine lange Zeit in Anspruch nehmen wird: Monate bis Jahre! Es sei denn, die Bevölkerung kann mit einem Impfstoff bereits vorher immunisiert werden.

++ Corona-Ticker (RKI) ++ 10. Mai 2020 ++ Infizierte: 169.218 ++ Todesfälle: 7.395 ++

IV Aussichten für die Zeit danach

Lehren aus der Corona-Krise

Die Corona-Pandemie hat das Leben der Menschen auf der ganzen Welt verändert. Die gesundheitlichen, wirtschaftlichen und psychosozialen Auswirkungen und Schäden sind derzeit noch unübersehbar.

Derzeit ist nicht absehbar, inwieweit der Zusammenhalt Europas durch die wirtschaftlichen, politischen und sozialen Auswirkungen der Corona-Pandemie überleben wird. Denn das Verhältnis der Länder ist untereinander durch das BGH-Urteil vom Mai 2020 zur

Finanzpolitik der EZB, welches dem EUGH-Urteil widersprochen hat und den osteuropäischen Ländern Auftrieb geben könnte, erschüttert oder aufgespalten worden.

Ein Ausblick in die Zukunft, eine Prognose, ist in Zeiten von Corona sehr unsicher und eigentlich nicht möglich. Matthias Horx spricht deshalb von einer „Regnose“ statt von einer „Prognose“ und versucht, aus der Rückblende positive und optimistisch stimmende Perspektiven aus der Corona-Krise zu ziehen.

Dirk Steffens hat in einem NWZ-Extra betont: „Dass die Menschheit in der Lage ist, auf globale Krisen entschlossen zu reagieren, zeige ihre Reaktion auf die Corona-Krise ... Optimismus ist jetzt angesagt.“ (2. Mai 2020, S. 26)

Anstatt sich in unseliger kriegs- und katastrophenmedizin-ethischer Rhetorik zu verlieren wird von Palliativmedizinern praktisch vorgeschlagen, schwerkranke und vulnerable Covid-19-Patienten zu Hause in den eigenen vier Wänden oder auch im Pflegeheim mit einem ambulanten Palliativ-Team zu versorgen. Damit sei für Schwerkranke ein „Sterben in Würde“ möglich. Das käme besonders denjenigen Menschen zugute, die eine intensivmedizinische Behandlung in der Klinik ablehnten, ob nun aus Angst, sich mit dem Virus anzustecken oder im Rahmen ihrer Patientenverfügung oder selbstbestimmten Vorsorgeplanung, für ihre letzten Tage nicht mehr ins Krankenhaus verlegt werden zu wollen. In der Stadt München haben sich laut einer Meldung der SZ vom 13. Mai 2020 sechs Teams der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) zusammengetan, um auch am Wochenende eine „schnellstmögliche palliativmedizinische Versorgung, die das Leiden von Sterbenskranken lindert und ihr Umfeld auf Krisen vorbereitet und dabei begleitet“, vorzuhalten. Oft seien dies Tumorerkrankungen, aber auch fortgeschrittene neurologische Erkrankungen wie Parkinson und Amyotrophische Lateralsklerose, sowie Patienten mit Herz- und Nierenschwäche. Auch eine massive Atemnot, wie sie bei Covid-19 im Rahmen der Lungenentzündung auftritt, kann gut mit palliativen Maßnahmen behandelt und gelindert werden. Denn eine Lungenentzündung mit Atemnot tritt auch sonst in der letzten Lebensphase auf. Eine Lagerung im Sitzen und der Einsatz von Morphin in kleiner Dosierung könnten gut helfen. Die Teams tragen dabei immer Mund-Nasen-Schutz und Handschuhe und sind psychologisch geschult. Im Durchschnitt dauert eine solche ärztliche verordnete SAPV zwischen 14 und 21 Tagen.

Was aufgedeckt wurde und offenbar geworden ist

Die Corona-Pandemie befindet sich noch ganz am Anfang. Sie wird die Welt wahrscheinlich jahrelang beschäftigen. In den meisten europäischen Ländern ist die erste Welle nahezu überwunden, in den USA, Großbritannien, Südamerika und auf dem afrikanischen Kontinent sowie in vielen östlichen Staaten wie die Ukraine und in Russland ist sie Mitte Mai erst noch auf dem Vormarsch.

Das Virus ist deshalb so gefährlich, weil es von Menschen ohne Symptome übertragen werden kann. Auch mehren sich Berichte aus New York, dass Kinder symptomlose Überträger sein und auch schwer betroffen werden können, allerdings mit einer anderen Symptomatik, die sich mit übersteigerter Immunreaktion ähnlich dem Kawasaki-Syndrom äußert. Bei Erwachsenen scheinen außer der Lunge am zweithäufigsten die Nieren und auch das Herz angegriffen zu werden.

Nach derzeitigem Kenntnisstand sind vor dem Virus alle Menschen, gleich welcher Herkunft und Ethnizität, gleich vulnerabel.

Es erscheint eine systematische Testung der Bevölkerung unerlässlich, um repräsentative Daten über die tatsächliche Verbreitung und Gefährlichkeit des Virus zu bekommen und um dementsprechend effektive Schutzmaßnahmen, möglichst regionalisiert und präventiv, ergreifen zu können.

Die Corona-Pandemie hat im Krisenmanagement der bundesdeutschen Regierung neben vielen positiven Aspekten einige schwerwiegende Mängel, Missstände und Vernachlässigungen im Gesundheits-, Sozial- und Behindertenwesen aufgedeckt, wobei die Vernachlässigungen besonders verletzte und gefährdete Menschen wie alte Menschen in häuslicher und Pflegeheimisolation wie auch chronisch-krank und behinderte Menschen und die sie pflegenden und/oder betreuenden Angehörigen in Mitleidenschaft ziehen. Das betrifft etwa 13 Millionen z.T. noch junge Menschen mit z.T. schweren (Mehrfach-) Behinderungen, mit Rollstuhl-, Assistenz- und Beatmungsbedarf, darunter auch etwa 1 Mio. Menschen mit neurologischen Beeinträchtigungen. Sie werden bis heute von der Corona-Politik größtenteils übersehen. Während für Alten- und Pflegeheime immerhin Schutzkonzepte erstellt und Besuchsverbote, wenn auch verspätet, erteilt wurden, sind Behinderteneinrichtungen und Werkstätten größtenteils sich selbst überlassen worden. Das für dieses Klientel inzwischen auf 40 Mio. EUR erhöhte Soforthilfeprogramm der „Aktion Mensch“ war innerhalb von Tagen ausgeschöpft.

Ob und wann es zu einer zweiten oder sogar dritten Infektions-Welle kommt, wird ganz wesentlich vom (1.) Durchhalten der Verhaltensregeln in der Bevölkerung, (2.) vom Krisenmanagement des Einhaltens einer ständig angepassten und dynamischen Balance zwischen Gesundheits- und Lebensschutz (als Basis der verfassungsmäßig garantierten Würde) einerseits und den notwendigen, ständig auf ihre Verhältnismäßigkeit zu überprüfenden Einschränkungen des allgemeinen Lebens und der Grundrechte andererseits und (3.) von inneren und äußeren politischen Bedingungen wie Wirtschafts- und Finanzkollaps, Aufruhr, politische Umstürze, terroristische Anschläge, Entwicklung von kriegerischen Auseinandersetzungen bis hin zum Auftreten von Hungersnöten und zusätzlichen Naturkatastrophen durch Klimawandel abhängen. Nach der Corona-Pandemie wird die Welt sich verwandelt haben und Vieles anders sein. Zum Zeitpunkt der Korrekturarbeiten an dieser Veröffentlichung war im Magazin „Wissen und Macht“ der SZ Nr. 23 vom 5. Juni 2020 zu lesen: „Covid-19 ist vor allem eine Krankheit unserer Lebensweise. Die Corona-Krise ist ein globales Problem – und so sollte es auch angegangen werden. Was hat die Menschheit bisher aus der Pandemie gelernt? Ein Gipfeltreffen mit zehn internationalen Virologinnen und Virologen.“ (S. 11-25) Aus den Interviews geht hervor, dass Viren Teil unserer menschlichen genetischen und evolutionsbiologischen Geschichte sind. „Sie bewohnen ein eigenes Reich außerhalb der Pflanzen und Tiere, irgendwo zwischen Leben und toter Materie. Manchmal gehen sie durch uns durch. Wir sind ihre Matrix. Diese Pandemie hat uns in eine andere Dimension versetzt, in der wir sie plötzlich wahrnehmen. Ist sie vorbei, verschwinden sie wieder aus unserem Blickfeld.“ (ebenda: Kekulé, S. 25) Und weiter: „Der Ursprung der Viren liegt in der Ursuppe, in der sich Ribonukleinsäure bildete. Die Verkapselung von RNS, DANN und Proteinen führte zu den ersten einzelligen Organismen. Man kann also mit einigem Recht sagen, die Ribonukleinsäure war zuerst das. Nur durch retrovirale Elemente in uns konnten wir evolutionsgeschichtlich zu dem werden, was wir sind: Säugetiere.“ (Ebenda: Lipkin, S. 25)

Was ungeklärt bleibt

Es bleibt vorerst ungeklärt, woher das Sars-CoV-2-Virus gekommen ist und welchen Quellen es entsprungen ist. Einem Bericht „Spur aus der Gefriertruhe“ in der SZ vom 8. Mai 2020 zufolge könnten Veränderungen im Erbgut des Erregers helfen, seinen Ursprung nachzuvollziehen. Bisher hat es keine Antwort auf die Frage gegeben, wann das Virus auf den Menschen übertragen wurde. Möglicherweise ist das Virus, nicht nur in China, schon seit August 2019 bereits unterwegs gewesen. Eine politische Instrumentalisierung der Frage und Beschuldigung Chinas durch die Trump-Administration, sei unhaltbar. Nach Auskunft des einflussreichen renommierten amerikanischen Virologen Ian Lipkin hätten Untersuchungen

der Virussequenz keine Belege dafür ergeben, dass das Virus von einem Unfall im Labor von Wuhan stammt (SZ-Magazin Nr. 23 vom 5. Juni 2020, S. 24),

Ungeklärt ist derzeit, wie lange die Immunisierung von den Personen anhält, die eine Covid-19-Infektion hinter sich gebracht haben.

Das Corona-Virus offenbart uns Menschen, wie eine Welt ohne Impfstoffe aussehen würde. Impfpflicht verstößt nicht gegen das Selbstbestimmungsrecht, sondern ist ein Akt der Solidarität von Personen in der Gemeinschaft.

Es muss offenbleiben, welchen Platz die Corona-Pandemie im kollektiven Gedächtnis der Menschheit einnehmen wird. Es gibt kaum noch Zeitzeugen der letzten infektiösen Pandemie, der Spanischen Grippe, vor 100 Jahren. Gerade die jüngere Generation hat bisher keine Erfahrungen mit einer weltweiten Naturkatastrophe eines solchen Ausmaßes auf das gesamte Leben in allen Ländern, sammeln können. Die Corona-Pandemie muss uns daher eine Lehre sein.

Was sich umgehend ändern muss

Stellvertretend für alle als „systemrelevant“ erkannte Bevölkerungsgruppen ist - hier bewusst hervorgehoben - eine Aufwertung der Pflege zwingend notwendig. Das kann sich nicht auf einen Mindestlohn und auf einen einmaligen steuerfreien „Pflegebonus“, nur für Altenpflegekräfte in Höhe von 1.000 bis 1.500 EUR, über dessen Finanzierung derzeit auch noch gestritten wird, erschöpfen, sondern die Wertschätzung muss sich in Richtung einer gesamtgesellschaftlichen Aufwertung der Pflege (und anderer „systemrelevanter“ Niedriglohngruppen) ändern. Dies ist nach den Forderungen von Sozial- und Pflegeverbänden samt einiger Politiker nicht mit einer Erhöhung der tariflichen Entgelte erledigt, sondern mit einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen sowie einer generellen Erhöhung der Ausbildungsplätze und Bereitstellung von mehr Pflegekräften in allen Bereichen. Wenn Bundespräsident Steinmeier am Tag der Pflege am 12. Mai 2020 erklärt hat “Sie leisten Enormes für unser Land“, und Ärzte und Pfleger arbeiteten in der Corona-Krise oft unter schweren Bedingungen und ohne Rücksicht auf ihre eigene Gesundheit, müssten, diesem Armutszeugnis zufolge, auf die Worte wirklich deutliche Taten folgen. Die zunehmende Solidarisierung mit den Pflegekräften, darf nicht verblassen, so der Präsident des Sozialverbandes. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) forderte die Einhaltung dieser Versprechen für die Zeit auch nach der Pandemie. Der Pflegebeauftragte der Bundesregierung ruft Arbeitgeber, Kranken- und Pflegekassen auf, die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Gebraucht werde eine „gerechte, faire, flächendeckende, gut tarifliche Bezahlung.“ (SZ, vom 13. Mail 2020 - Panorama).

Ethikbeiräte auf Länderebene

Während Gesundheitsminister Spahn Anfang Mai 2020 den Deutschen Ethikrat damit beauftragt hat, eine ethische Stellungnahme zum geplanten Immunitätsausweis zu erstellen, was man durchaus als Instrumentalisierung dieses Gremiums zu politischen Zwecken verstehen könnte, hat sich in Niedersachsen analog zum nationalen Ethikrat ein Bündnis aus Ärzten, Politikern und Kirchen gebildet und einen Corona-Ethikbeirat für Niedersachsen gefordert. Von der Präsidentin der Niedersächsischen Ärztekammer wurde Kritik am aktuellen Umgang mit dem Corona-Virus geübt. Sie schau mit Schrecken in Altenpflegeheime, in denen Menschen in Einzelzimmern isoliert saßen und nicht mehr hinausgehen dürften: “Selbst wenn sie nicht am Corona-Virus erkrankt sind, dürfen sie nicht in den Garten, nicht in der Sonne spazieren gehen“. Es gäbe keinen Grund dafür, dass die Nichterkrankten ihr Leben nicht normal weiterleben dürften. Es müsste konsequent und niederschwellig in Alten- und Pflegeeinrichtungen getestet werden. Dazu seien die Testkapazitäten drastisch auszuweiten.

Politiker forderten auf einer Pressekonferenz die Einbeziehung von Wohlfahrtsverbänden und Pflegekammern in den neuen Ethikbeirat. Dabei gehe es auch um wissenschaftliche Expertisen. Vom Landesbischof der evangelisch-lutherischen Kirche wurde von einer „Corona-Zäsur“ gesprochen. Die Äußerungen des Tübinger Bürgermeisters, man rette derzeit Menschen, „die ein einem Jahr eh tot wären“, werden vom Bischof als eine grundlegende Verschiebung von ethischen Standards gewertet: „Wir erleben in den vergangenen Tagen eine Debatte um den absoluten Schutz des Lebens, die so geführt wird, wie wir es uns zuvor nicht hätten vorstellen können.“ Damit bezog er sich auch auf Äußerungen des Bundestagspräsidenten, der den Lebensschutz als absolutes Kriterium öffentlich in Frage gestellt hatte. Er kritisiert die Einteilung in Risikogruppen „wie in Schubladen“. Es gehe nicht nur um den Schutz des Lebens, sondern auch um den Schutz der Würde: „Der biologische Tod ist etwas Schlimmes, aber der soziale Tod ist mindestens ebenso schlimm.“ (RUNDBLICK vom 29. Dezember 2020)

Aufhebung von Ungleichbehandlung und Menschenrechtsverletzungen

Die Forderungen und das Vorgehen der Katastrophenmediziner mit ihren Kriterien zur Triage, gestützt auf eine Gebrechlichkeitsskala, haben zu schweren medizinischen, ethischen und menschenrechtlichen Konflikten geführt, die juristisch aufgearbeitet werden müssen. Sie haben aufgezeigt, dass eine reduktionistische und utilitaristische Sichtweise eine Gefahr für vulnerable Menschen, insbesondere Alte, chronisch Kranke und Schwerbehinderte, bedeutet. Dass diese Gefahr auch nicht vom Deutschen Ethikrat in seinen Empfehlungen nicht widerspruchlos ausgeräumt wurde, verweist auf die Komplexität und Orientierungsschwierigkeiten moderner Lebensweisen und Gesellschaften. In der Notstands- und Katastrophenpolitik und Medizin scheinen elementare Grund- und Menschenrechte, das Diskriminierungsverbot und die Grundsätze der UN-Behindertenrechtskonvention immer noch nicht angekommen zu sein, obwohl zu ihrer Einhaltung und Durchsetzung alle gesellschaftlichen Bereiche, insbesondere die Politik, aufgerufen und gesetzlich verpflichtet sind. Das bedeutet gemäß Partizipationsgebot der UN-BRK eine frühzeitige Einbeziehung der Behinderten, Patienten und Angehörigen sowie ihrer Interessenvertretungen (Betreuer*innen) und Verbände in die Entwicklung solcher Entscheidungskonzepte und Gesetzgebungsverfahren. Eine Corona-Pandemie ist kein Freifahrtschein für einen Ausnahmezustand als Regelfall normaler Regierungspolitik, auch nicht einer Politik der sogenannten „neuen Normalität“.

Die inhumane kriegs- und katastrophenmedizinische Ethik durch eine Ethik der sorgenden Beziehungen (Care-Ethik) ablösen

Aufgrund der mit der Corona-Krise zu Tage getretenen menschenverachtenden und menschenrechtsverletzenden Triage, die sich auf eine überkommene kriegs- und katastrophenmedizinische Ethik beruft, ist die Zeit für einen entschiedenen Richtungswechsel gekommen. Eine Krisenbewältigung unter Mangelbedingungen sollte sich nicht länger auf das Aussortieren von Menschen anhand von Kriterien von sogenannten Risikogruppen und einer rein defizitorientierten Gebrechlichkeitsskala stützen, sondern auf die Prinzipien und die Praxis einer Ethik der sorgenden Beziehungen in der Gemeinschaft („Care-Ethik“). Das Leben vom Anderen her zu denken (Lévinas) stellt die Sorge um und die Verantwortung für den Anderen in das Zentrum meines Denkens und Handelns. Dabei ist „Zentrum“ nicht der egozentrische und selbstbestimmte Selbstschutz, sondern die zwischenmenschliche alterozentrische Solidarität, die nicht von Fremdbestimmung frei ist. Damit wird das in der gegenwärtigen bioethisch-orientierten Medizinethik vorherrschende Autonomieprinzip durch das Konzept einer relationalen Autonomie abgelöst, die den Beziehungsaspekt und die leibliche Nähe zu Menschen in der Pflegearbeit in den Mittelpunkt stellt. Bei Lévinas ist mehr oder weniger der ganze Körper/Leib „Antlitz“. Das Antlitz als Verbot „Du sollst mich nicht töten“ und als Gebot „Du sollst mich in meinem Sterben nicht allein lassen“, reißt das

Ich aus seiner „Selbstgewissheit“ (Lévinas 2012). Das Ethische, die Verantwortung und die Kategorie der Beziehung, finden sich nach Krause (2009) in Lévinas' Phänomenologie in enger Verbundenheit. Care-Ethik zeigt nicht nur die Grenzen der individualistischen und rationalistischen Autonomie auf, sondern stellt den Menschen als verletzlich und voneinander abhängig dar. Damit wird Autonomie nicht nur an die Bedingungen der Sozietät des Menschen rückgebunden, sondern auch sein Eingebundensein in alle Lebensbereiche in der Gemeinschaft (Teilhabe) betont und die Wahrnehmung der Einzigartigkeit des Anderen als ethische Forderung verstanden. Zugleich grenzt sich diese Ethik inhaltlich von ähnlichen Konzepten wie dem Mitleid oder der christlichen Nächstenliebe ab. Sorge-Ethik wird als (1) Teil der *conditio humanum*, (2) der Perspektivübernahme des Anderen, (3) als moralische Pflicht und (4) als Leiblichkeitserfahrung verstanden. „Die Sorge vom Anderen her zu denken, ist nicht nur ein Perspektivenwechsel. Es zeigt vielmehr, dass Sorgebeziehungen nicht nur auf den Anderen als Objekt des Sorgenden Einfluss haben, sondern auch den Sorgenden in seinem Sein konstituieren.“ (Krause 2017, S. 14/15) Vor einigen Jahren hat sich ein europäisches Netzwerk gegründet, das diese Care-Ethik als normative Theorie zum Ausgangspunkt für Länder und Disziplinen übergreifende Sorgebeziehungen und für den moralisch-ethischen Diskurs erklärt hat.

Corona-Erfahrungen mit Klimaschutz und Verkehrssicherheit verbinden

Die im Corona-Lockdown wiedergewonnenen vitalen Erfahrungen, dass die Luft rein, das Wasser klar geworden, der Lärm zurückgegangen und der Smog in den Großstädten sich verzogen habe, sollten dafür genutzt werden, beim Wiederaanfahren des allgemeinen sozialen und wirtschaftlichen Lebens auf Nachhaltigkeit zu bestehen und insbesondere wirtschaftliche und industrielle Anreize nur anhand von Nachhaltigkeitskriterien zu vergeben, die dem Umwelt- und Klimaschutz dienen.

Als Beispiel für Lehren aus positiven Nebeneffekten des Corona-Lockdown ist das Tempolimit von 130 km/h zu nennen, dass noch im Dezember 2019 vom Parlament abgelehnt worden war. Nachdem dann der ADAC vorsichtig eingelenkt hatte, hat nun auch der Deutsche Verkehrssicherheitsrat sich mehrheitlich für das Tempolimit ausgesprochen. Ob dabei die 73.314 Unterschriften unter die Petition zu diesem Sinneswandel mitgeholfen haben, muss offen bleiben. Der Rückgang der vormals unfallbedingten Versicherungsfälle um 20 Prozent der Unfallzahlen um 15 Prozent und der Rückgang der unfallbedingten Todesfälle auf Autobahnen und bundesdeutschen Straßen in den letzten Monaten, ist überzeugend. Damit hat die Vernunft hoffentlich Zuwachs bekommen, denn ein Tempolimit wird schon seit Jahren nicht nur wegen der Luft- und Lärmverschmutzung gefordert, sondern auch darum, die Zahl, der verkehrsbedingten Unfallopfer, darunter bis zu 60% Schädel-Hirnverletzungen, zu senken.

V Aufruf an die politisch Verantwortlichen

Vom Neuro-Netzwerk Weser-Ems e.V. wurde, aus der Perspektive des für diesen Verein maßgeblichen Klientels, ein Aufruf „Lehren aus der Corona-Krise: *Was sich aus unserer Sicht unbedingt ändern muss* – Forderungen an die verantwortlichen Politiker für die Zeit nach der Corona-Krise“ gestartet. In diesem Aufruf werden vor allem die in der Bekämpfung der Corona-Pandemie offenkundig gewordenen Mängel im Gesundheitswesen, im Pflegebereich, und in der Beschaffung von Schutzmaterialien aufgegriffen. Es sind strukturelle und personelle Mängel im Bereich privater Klinikbetreiber und privater kommerzialisierter Einrichtungen, der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der Anbieter, der Kliniken und ambulanten Dienste, der Frührehabilitation, des Entlassmanagements, der Nachsorge- und Teilhabeangebote und vor allem der Pflegeeinrichtungen, insbesondere der Situation der häuslich-ambulanten Pflege, die zu 70 Prozent von pflegenden Angehörigen

(insbesondere Frauen) zu Tage getreten sind, ohne dass dies vom Krisenmanagement berücksichtigt oder gar wertgeschätzt worden wäre.

Dieser Aufruf soll nun auch hier veröffentlicht werden:

Aufruf

Lehren aus der Corona-Krise:

„*Was sich aus unserer Sicht unbedingt ändern muss!*“

Forderungen an die Verantwortlichen für die Zeit nach der Corona-Krise

Eingedenk

- des vorbestehenden, mit der Corona-Krise mit voller Wucht verschärften Mangels an Pflegekräften
- der gravierenden Unterbezahlung eines großen Teils der Pflegekräfte in Niedersachsen
- des Mangels an ausreichender Schutzkleidung, Masken und Desinfektionsmittel und deren ungerechte Verteilung
- der hohen und komplexen Bedarfe von Menschen mit Hirnschädigung und neurologischer Beeinträchtigung und ihren Familien/Angehörigen an neurokompetenter, sektorenübergreifender Behandlung, Rehabilitation, Nachsorge und Teilhabe
- des Mangels an vorhandenen sektorenübergreifenden Versorgungs-, Nachsorge und Teilhabestrukturen
- des Mangels an neurologischen Intensiv-, Stroke-Unit-, Frühreha- und Rehapläätzen in den Krankenhäusern und Kliniken
- des Fehlens neurokompetenter sektorenübergreifender Versorgungs- und Teilhabeforschung
- des Mangels an Sensibilität und neurokompetenter Information im Umgang mit Hirngeschädigten und neurologisch Beeinträchtigten

und vor dem Hintergrund

- eines in den letzten Jahrzehnten durchökonomisierten, kommerzialisierten und an Gewinn und Rendite ausgerichteten Gesundheitswesens, vor allem in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (vgl. „Eine Krankheit namens Ökonomisierung“, Rita Gabler in SZ-Spezial „Respekt“ vom 30.4./1.5.2020)
- der dadurch bedingten mangelnden Wertschätzung und Qualität der Pflegebeziehung mit Belastung der Beziehungsarbeit in der Pflege
- des anhaltenden Kontakt- und Besuchsverbots für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, welches Patient*innen, Bewohner*innen und Angehörige schwer belastet
- des vorbestehenden in allen Versorgungsbereichen eklatanten Pflegekräftemangels mit einem Anteil von pflegenden Angehörigen an der häuslich-ambulant Pflege in Höhe von 70%
- des vorbestehenden, beinahe schon „militärischen“ Machtapparates in Privatkrankenhäusern und Pflegeeinrichtungen mit lukrativen Bonusverträgen für Chefarzte und auf Gewinnmaximierung ausgerichteten Geschäftsführern und Klinikbetreibern

- des daraus resultierenden von der Politik und den Krankenkassen ignoriertes und von vielen Chefarzten klar gewolltes Ausbeutungsverhältnisses in der Pflege
- des damit nach unten massiv an Pflege und Patienten wie auch die Bewohner und Angehörige weitergegebenen Drucks
- des oftmals in Privatklinken fehlgeleiteten Ziels einer „betriebswirtschaftlichen Optimierung“ statt einer angemessen, bestmöglichen Versorgung der Patienten und Bewohner
- dass es eines Virus bedurft hat, bis endlich erkannt wurde, dass „Gesundheit“ weder mit Geld noch mit Gold aufgewogen werden kann, wenn es an Intensivbetten, Pflegepersonal, Ärzten und Persönlicher Schutzausrüstung (PSA) fehlt
- der über Nacht plötzlich möglichen Bereitstellung von vielen hundert Milliarden Euro durch die Bundesregierung für die medizinische, wirtschaftliche und soziale Abmilderung der Folgen des Shutdowns
- der dadurch bedingten wirtschaftlichen, existenziellen, psychosozialen und seelischen Folgen für ganze Bevölkerungsgruppen und Einzelne
- der damit ausgelösten schwerwiegenden Einschränkungen der demokratischen Grundrechte wie Bewegungs- und Versammlungsfreiheit
- und des damit drohenden Vertrauensverlustes in vielen Teilen der Bevölkerung an unserer Demokratie, je länger die Einschränkungen anhalten, trotz vielfältiger und z.T. überwältigender Solidaritätsaktionen und konkreter Hilfen vonseiten der Bevölkerung

erheben wir hiermit folgende zentrale Forderungen:

1. Angemessene Gehaltserhöhungen für Pflegekräfte entsprechend ihrer tatsächlichen gesellschaftlichen Relevanz und Wertschöpfung
2. Steigerung der Ausbildung von qualifiziertem Pflegepersonal in allen Bereichen
3. tatsächliche Umsetzung Wiedereinführung der ausgesetzten Personaluntergrenzen für Krankenhäuser, die während der Pandemie ausgesetzt wurden, auch wenn schon beschlossen
4. Sicherstellung einer ausreichenden einheimischen Produktion und Bevorratung notwendiger Arzneimittel, Medikamente und Hygienematerialien wie Schutzmasken, Schutzkleidung und Desinfektionsmittel, letztere auch in Apotheken
5. Ausbau von neurologischen Krankhaus-, Stroke-Unit-, Frühreha- und NeuroReha-Krankenhausbetten mit einem ausdrücklichen Versorgungsauftrag zu einer krisenfesten Daseinsvorsorge
6. Erhöhung der Neurokompetenz in der pflegerischen, ärztlichen und therapeutischen Ausbildung
7. Aufbau einer poststationären, disziplinenübergreifenden und durchgängigen ambulanten neurokompetenten Versorgungsstruktur, die den hohen und komplexen Informations-, Beratungs- und Versorgungsbedarfen von Betroffenen, Familien und Angehörigen in der Nachsorge und Teilhabe angemessen gerecht wird
8. Ausbau von Medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderungen (MZEB) und für schwerst-, mehrfach, chronisch und beatmungspflichtige Kranke
9. Aufbau einer zentralen Koordinierungsstelle zwecks Entwicklung und Etablierung einer überregionalen internetbasierten Informationsplattform („Interaktive Versorgungslandkarte“) zur freien Nutzung für alle an der

Behandlung, Rehabilitation, Pflege, Therapie, Nachsorge und Teilhabe beteiligten Akteure

10. Einbeziehung der Bedürfnisse und Erfahrungen von Betroffenen und Angehörigen sowie der neurokompetenten Fachverbände, Behindertenorganisationen und Neuro-Netzwerke in die Planung der gesundheitlichen Versorgung und Versorgungsforschung
11. Einbeziehungen der Erfahrung und Erkenntnisse von Behindertenbeiräten, Selbsthilfe- und Behindertenorganisationen in Planung und Umsetzung gesetzgeberischer gesundheitlicher Aktivitäten, damit deren Perspektiven, Bedarfe und Bedürfnisse als „Experten in eigener Sache“ von Anfang an partizipatives Gehör und Gewicht finden
12. Gleichwertige Stimmberechtigung der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) der Selbstverwaltungsorgane bei der Festlegung der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Dieser Forderungskatalog wird als Pressemitteilung allen politisch Verantwortlichen sowie den entsprechenden Fachverbänden und Behindertenorganisationen im Weser-Ems-Gebiet bekannt gegeben!

Oldenburg, den 12. Mai 2020

Prof. Dr. Andreas Zieger
Vorsitzender

Waltraut Grübel
Stellvertretende Vorsitzende

Daniel Siemer
Schriftführer

Jan Mühlena
Kassenwart

Karin Weber
Sprecherinnen der Arbeitsgemeinschaft Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildung (AGÖ)

www.neuronetzwerk-weser-ems.com

VI Beigezogene Quellen

Abilitywatch.de; Charité; Deutschlandfunk; Deutsches Ärzteblatt; Kobinet.org; medRxiv; Medscape; NWZ-Nordwestzeitung; FAZ-Frankfurter Allgemeine Zeitung; RKI-Robert Koch Institut; RUNDBLICK; SZ-Süddeutsche Zeitung; UN-BRK Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen; UKE-Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Wikipedia u.v.m.

VII Ausgewählte Referenzen

Agamben G (2004) Ausnahmezustand. Frankfurt am Main: Suhrkamp

BAR - Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2014) Phase E der neurologischen Rehabilitation – Empfehlungen. Frankfurt am Main; <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/BAREmpfPhaseE.web.pdf> (Zugriff am 17.10.2019)

Bender A, Adrion C, Fischer L (2016) Langzeitrehabilitation von Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen. Eine randomisierte kontrollierte Studie zu einem intensiven teilhabeorientierten ambulanten Therapieprogramm. Dtsch Arztebl Int 113: 634-641;

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/182150/Langzeitrehabilitation-von-Patienten-mit-erworbenen-Hirnschaedigungen> (Zugriff am 24.10.2019)

Bergner T (2013) Gefühle. Die Sprache des Selbst. Stuttgart: Schattauer

Bormuth M „In der Krise von Karl Jaspers lernen“ NWZ-Gespräch vom 23.04.2020

DIVI - Link zur überarbeiteten Stellungnahme vom 23. April 2020:

<https://www.divi.de/aktuelle-meldungen-intensivmedizin/triage-bei-covid-19-wir-entscheiden-nicht-nach-alter-oder-behinderung-intensiv-und-notfallmediziner-aktualisieren-klinisch-ethische-entscheidungsempfehlungen>

DVfR - Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2013/2014) Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion;

http://www.dvfr.de/fileadmin/download/Stellungnahmen/Neuro-Reha_Phase_E_ausführliches_Diskussionspapier_DVfR.pdf (Zugriff 17.10.2019)

Gonschorek AS (2016) Schädel-Hirn-Verletzungen. Qualitätsstandards in der gesetzlichen Unfallversicherung – Was ist neu? Trauma und Berufskrankheit 18 (Suppl 5): 449-453

Hempler I, Maun A, Kamping H, Thielhorn U, Farin Et (2019) Schlaganfallnachsorge in Deutschland. Ergebnisse einer Online-Befragung stationär und ambulant tätiger Experten in Süddeutschland. Nervenarzt 90(8): 821-831

Horx, M Die Corona-Rückwärts-Prognose: Wie wir uns wundern werden, wenn die Krise „vorbei“ ist (www.horx.com und www.zukunftsinstitut.de) <https://www.horx.com/48-die-welt-nach-corona/> vom 16.03 2020 (Abruf am 15. Mai 2020)

Jaspers K (2019) Leben als Grenzsituation. Eine Biografie in Briefen. (hrsg. v. Matthias Bormuth). Göttingen: Wallstein

Krause F (2017) Sorge in Beziehungen. Die Care-Ethik und der Begriff des Anderen bei Emmanuel Lévinas. Stuttgart: Frommann-Holzboog

Krause WH (2009) Das Ethische, Verantwortung und die Kategorie der Beziehung bei Levinas. Würzburg: Königshaus & Neumann

Lévinas E (2012) Die Spur des Anderen: Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie, Freiburg: Alber

Noe A (2011) Du bist nicht dein Gehirn. Eine radikale Philosophie des Bewusstseins. München: Piper

Nothnagel J (2015) Teilhabe von Menschen mit erworbener Hirnschädigung – Theorie oder Wirklichkeit? Erfahrungen, Wünsche und Probleme aus Sicht von Betroffenen, Angehörigen und Professionellen. Masterthesis Rehabilitationspsychologie, Hochschule Magdeburg-Stendal;

https://www.nachsorgekongress.de/download/nachsorgekongress_aktionen/nsk_2013_2014_mitwirkung_versorgungsangebote_ma_nothnagel/nsk_2013_2014_mitwirkung_versorgungsangebote_ma_nothnagel.pdf (Abruf am 17. Oktober 2019)

Pamuk O (2020) Pestnächte. Roman (ersieht im Herbst 2020)

Reuther P, Wallesch CW (2015) Teilhabesicherung nach Schlaganfall. Gesundheitswesen 77(7): 513-523

Ruhm K Kommentar zur DIVI-Revision vom 24. April 2020; Link: https://kobinet-nachrichten.org/2020/04/24/kassandra-ruhm-wir-lassen-uns-nicht-verarschen/?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed%3A+Kobinet-nachrichten+%28kobinet-nachrichten+Teaser%29 (Abruf am 24. April 2020)

Schneider K, Heise M, Heuschmann P et al (2009) Lebens- und Versorgungssituation von Schlaganfallpatienten. Nervenheilkunde 28: 114-118

- Schweitzer A (2017) Die Ehrfurcht vor dem Leben. Grundtexte aus fünf Jahrzehnten. München: Beck
- Ulrich G (1997) Biomedizin: Die folgenschweren Wandlungen des Biologiebegriffs; Stuttgart: Schattauer
- Von Weizsäcker V (1986) Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen. (5. Aufl.) Stuttgart: Thieme
- von Weizsäcker V (2005) Pathosophie. Gesammelte Schriften Band 10. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Zieger A (2014) Das Teilhabegebot als ethischer Imperativ: Integration, Inklusion, Partizipation. In: BAR - Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2014): Ethik und Rehabilitation. Beitrag zum Workshop des Sachverständigenrates der Ärzteschaft der BAR am 16./17. Oktober 2012 in Kassel. Frankfurt am Main: Eigenverlag, S. 44-75
- Zieger A (2019) Zwischen Leben und Tod - eine 'beziehungsmedizinische' Perspektive und ihre Konsequenzen für Transplantationsmedizin und Gesellschaft. http://www.a-zieger.de/Dateien/Vortraege/FolienVortrag_Zieger_aerztetag-KAS-18.092019.pdf (Abruf am 15. Mai 2020)
- Zieger A (2020) Ethische Überlegungen in der klinischen Behandlung und nachklinischen Versorgung von Menschen nach schwerer Hirnschädigung. <http://www.a-zieger.de/Dateien/Vortraege/FolienVortragZieger-Ethische-ueberlegungen-2020.pdf> (Abruf am 15. Mai 2020)
- Zizek S (2020) Pandemic! COVID-19 Shakes the World. Politybooks.com; <https://politybooks.com/> (Abruf am 15. Mai 2020)

VIII Danksagung

Mein Dank gebührt Frau Waltraut Grübel für die konstruktive Korrekturhilfe.

IX Angaben zum Autor

Prof. Dr. med. Andreas Zieger, Oldenburg

andreas.zieger@uni-oldenburg.de; www.a-zieger.de

Vorsitzender des Vereins „Neuro-Netzwerk Weser-Ems e.V.“ – Nachsorge und Teilhabe für Menschen mit Hirnschädigung und neurologischer Beeinträchtigung

c/o Paritätischer Wohlfahrtsverband Oldenburg/Ammerland

Ziegelhofstr. 125-127, 26121 Oldenburg, Mobil 0171 743 0 685

www.neuronetzwerk-weser-ems.com; www.neuro-informationsplattform.de

a.zieger@t-online.de;

Apl. Prof. Dr. med. Andreas Zieger

Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

CvO Universität Oldenburg

Postfach 2503

26111 Oldenburg