

Argumentarium – Living Paper (Version 1)

Ethische Konflikte in Zeiten von Corona

Zweite Mai-Hälfte 2020. Der – erste? – Höhepunkt der Corona-Krise ist überwunden, aber die Krise ist noch lange nicht vorbei. Wir haben einen Lockdown hinter uns, dessen Ziel mit dem Slogan „flatten the curve“ beschrieben wurde: den Verlauf der Ansteckungen verlangsamen und das Gesundheitssystem vor dem Zusammenbruch bewahren. Dazu wurden Maßnahmen gesetzt wie Ausgangsbeschränkungen, Schließung von Schulen, Kindergärten, Geschäften und Lokalen, Besuchsverbote in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern, Absage von Vorsorgeuntersuchungen, um Ressourcen in den Krankenhäusern für Coronafälle vorzuhalten, etc. Diese Maßnahmen werden nun schrittweise gelockert. Einschränkungen, Sicherheitsmaßnahmen, Abstandsgebote, Hygienevorschriften bleiben.

In dieser Situation will dieses Argumentarium zunächst kurze Beobachtungen anstellen: Wie wurden ethische Fragen in der Corona-Krise bis dato abgehandelt [[>> Beobachtungen zu Ethik in Zeiten von Corona](#)]? In einem nächsten Schritt wird darüber nachgedacht, wie und wonach aus evangelisch-theologischer und diakonischer Perspektive in der Corona-Krise überhaupt zu fragen wäre [[>> Konflikt und Kompromiss](#)]. Mit dieser Fragestellung bewegen wir uns im Feld dessen, was in der Fachsprache als Fundamentalethik bezeichnet wird. Es geht um teilweise sehr abstrakte Fragen. Sie werden hauptsächlich in Info-Kästen abgehandelt [[>> Ethiktypen und Verantwortungsethik](#) >> [Güter und Güterabwägung](#) >> [Ethische Prinzipien](#)]. Wer weniger tief in die ethische Theoriebildung eintauchen will, kann sich

beim Lesen auf den Haupttext konzentrieren (er ist zweispaltig angeordnet). Der Haupttext reflektiert beispielhaft Fragen mit ethischem Gehalt, die sich in Arbeitsfeldern der Diakonie stellen [[>> Dilemmata angesichts von Corona](#)].

Ziel des Argumentariums ist es, Orientierung zur ethischen Urteilsbildung zu geben. Es bietet eine kleine Hilfe in einer Situation, in der sowohl die gesamte Gesellschaft als auch viele Einrichtungen der Diakonie und ihre Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen vor großen ethischen Dilemmata stehen. Auch wenn wir in den letzten Wochen und Monaten dazugelernt haben, wissen wir immer noch wenig über das Virus SARS-CoV-2. Die Fragestellungen sind komplex, die Situation ist volatil, die Verunsicherung groß. Deshalb stellt das Argumentarium viele Fragen und legt einen Schwerpunkt auf das Verstehen und Beschreiben der moralischen Probleme. Es ist auch nicht abgeschlossen, bietet vielmehr als *Living Paper* (das heißt als Papier, das laufend fortgeschrieben werden kann) Reflexionen an einem bestimmten Punkt der Entwicklungen.

Noch stärker als sonst, müssen wir in Zeiten von Corona ethisch reflektieren, urteilen und handeln im Bewusstsein der Vorläufigkeit. Und im Bewusstsein, dass wir mit Dilemmata konfrontiert sind, in denen es die eine gute und richtige Entscheidung nicht gibt. Und dennoch gilt es, verantwortete Entscheidungen zu treffen. Dazu will dieses Argumentarium ermutigen. Die Last ist groß. Möge der Hinweis auf die Begrenztheit unserer Entscheidungen in dieser Situation ein Stück weit entlasten.

Ethik-Typen und Verantwortungsethik

Vereinfacht betrachtet, kann in der Ethik seit der Antike unterschieden werden zwischen zwei Ethiktypen, die in sich wiederum vielfältig sind:

- **Deontologische Ethiken** reflektieren nach dem Muster „Du sollst x!“, was Pflicht ist (to deon = griech. die Pflicht). Man spricht auch von *Pflichtenethiken*. Sie nehmen entweder den Willen der Handelnden Person und die Maxime, das handlungsleitende Prinzip, dem sie folgt, in den Blick (z.B. der kategorische Imperativ nach Kant) oder die Handlung an sich (z.B. Naturrechtsethik).
- **Teleologische Ethiken** reflektieren nach dem Muster „Wenn du y willst, tue x!“, was in einer bestimmten Situation die bessere Handlungsmöglichkeit ist. Sie nehmen das Ziel bzw. die Folgen einer Handlung in den Blick um abzuwägen (to telos = griech. Ziel). Man spricht daher auch von *Konsequenzialismus*. So fragt z.B. der Utilitarismus nach dem größtmöglichen Nutzen für die größtmögliche Zahl. Auch Güterethiken fallen unter diesen Denkansatz.

Während deontologische Ethiken fragen, was kategorisch (= unbedingt) geboten, verboten oder erlaubt ist, fragen teleologische Ethiken nach besseren und schlechteren Handlungsalternativen. Handlungen gelten Handlungen nicht unbedingt als geboten, verboten oder erlaubt, sondern unter Berücksichtigung ihrer Folgen. Das führt dazu, dass teleologische Ethikansätze (anders als deontologische) situationsbezogen und offen für Güterabwägungen sind.

Ansätze **evangelischer Ethik** sind vielfach im Feld der **Verantwortungsethik** angesiedelt. Sie sind sensibel für konkrete Situationen, fragen nach den Folgen von Handlungen und wägen ab. Allerdings sind Prinzipien damit nicht obsolet, vielmehr zieht evangelische Ethik Prinzipien als Orientierungshilfen in Abwägungsprozessen zur Urteilsbildung heran. Verantwortungsethik bedeutet aus evangelischer Perspektive, Grundlagen und Entscheidungskriterien aufzuzeigen und so dabei unterstützen, in schwierigen Situationen verantwortungsbewusst zu handeln.

Dabei zeichnet evangelische Verantwortungsethik besonders aus, dass sie davon ausgeht, dass es in den seltensten Fällen moralisch einwandfreie Lösungen gibt. Verantwortliches Handeln bringt (fast) immer mit sich, dass wir bei aller ethischer Reflexion und Sorgfalt etwas schuldig bleiben, und verlangt in manchen Situationen auch die Bereitschaft zur Schuldübernahme.

Beobachtungen zu Ethik in Zeiten von Corona

Was soll ich tun? Lautet die zweite der berühmten vier Grundfragen der Philosophie nach Immanuel Kant. Zugespitzt formuliert, lassen sich in Zeiten von Corona im Wesentlichen drei Formen einer Antwort auf die Grundfrage der Ethik in der öffentlichen politischen und medialen Debatte beobachten:

- die Form des **moralischen Appells** „Leben retten!“
- die Form eines an Regeln orientierten **moralischen Rigorismus**, der einen Ausdruck

findet in Beschimpfungen und Denunziation vermeintlicher Regelbrecher/innen und Lebensgefährder/innen;

- die Form des **ethischen Alarmismus**, der sich vor allem in Zusammenhang mit >> **Triage** zeigt und in dieser einen Bruch mit der Menschenwürde aller Menschen als moralischem Fundament unserer Gesellschaft wäht.

„Jeder kann Leben retten, wenn er sich an die Vorschriften hält“, lautete der Appell, mit dem Maßnahmen politisch kommuniziert wurden. Nicht ohne Grund, führt diese Maxime doch

vor Augen, dass es auf das Verhalten jedes und jeder einzelnen ankommt. So sehr der moralische Appell vom Leben retten dazu angetan war, Zustimmung und Mitmachen in der Bevölkerung zu mobilisieren, so problematisch sind seine Folgeeffekte.

Zum einen scheint sich in vielen Köpfen der Umkehrschluss festgesetzt zu haben: Wer sich – scheinbar – nicht an die Regeln hält, gefährdet mutwillig Leben. Dabei gerät sowohl die Frage nach der Situation, in der sich der/die vermeintliche Regelbrecher/in befindet, aus dem Blick, als auch Frage nach der erlaubten Ausnahme, die es ja immer gab. Nicht verantwortungsbewusstes und begründetes Verhalten wird den anderen positiv unterstellt, sondern negativ der Regelbruch bzw. Verantwortungslosigkeit.

Zum anderen hat sich ein Phänomen verfestigt, das der Soziologe Norbert Elias in seinem erstmals 1979 veröffentlichten Essay „Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen“ beschrieben hat: „Niemals zuvor in der Geschichte der Menschheit wurden Sterbende so hygienisch aus der Sicht der Lebenden hinter die Kulissen des gesellschaftlichen Lebens fortgeschafft.“ Der Tod begegnet uns jeden Tag. Als statistische Entwicklung. Seit Wochen erfahren wir zu Beginn jeder Zeit im Bild die aktuelle Zahl der mit dem Corona Virus Verstorbenen. Diese Zahl ist der Indikator für den Erfolg unserer gesamtgesellschaftlichen Anstrengung, Leben zu retten. Der Tod erscheint als Fatum, das bekämpft werden muss. Kostet es, was es wolle. Was einmal mehr fortgeschafft wird hinter die Kulisse des gesellschaftlichen Lebens, ist das Sterben. Wenn es Thema wird, dann in Form von Horrorgeschichten aus Italien und dem Elsass über qualvolles Ersticken am Krankenhausgang oder Euthanasie in Pflegeheimen, die im Netz herumschwirren und die Alarmglocken der moralischen Empörung läuten lassen, ohne zu tiefergehender Reflexion einzuladen.

Hinter allen dreien – dem moralischen Appell, dem Regelrigorismus und dem ethischen Alarmismus – scheint der Wunsch nach einer „reinen“ Ethik zu stehen, nach einem klaren

und eindeutigen Urteil, was gut und richtig und folglich zu tun ist. Alle drei Formen werden jedoch weder unserer heutigen moralischen Grundsituation noch den ethischen Herausforderungen, vor die uns die Corona-Krise stellt, gerecht.

Konflikt und Kompromiss

Für moderne plurale demokratische Gesellschaften ist kennzeichnend, dass einerseits angesichts der Erweiterungen menschlicher Handlungsmöglichkeit und der immer komplexer werdenden Lebenswelt der Bedarf an ethischer Urteilsbildung steigt, und es andererseits keine Instanz, Autorität oder Gruppe (mehr) gibt, die ethische Fragen letztgültig entscheiden könnte. Der Konflikt ist zum Signum der ethischen Grundsituation geworden, der Kompromiss zum Fluchtpunkt der Konfliktlösung. Ethik ist gerade dann gefordert, wenn sich kein eindeutig gutes und richtiges Urteil fällen lässt. In Situation, die unumgebar zwiespältig sind.

Eben diese Zwiespältigkeit ignorieren der moralische Appell, Leben zu retten, der moralische Rigorismus und der moralische Alarmismus. Der Prozess des Abwägens angesichts moralischer Konflikte, der zu einer begründeten Entscheidung führt – Kernelement einer [Verantwortungsethik](#), wie sie für uns Heutige maßgeblich ist und auch in Zeiten von Corona sein sollte – wird übersprungen.

Ebenen von Konflikten

Moralische Konflikte können auf verschiedenen Ebenen angesiedelt sein: auf der Ebene von a) Akteur/innen oder von b) Situationen:

- a) **Inter-personale ethische Konflikte** spielen sich zwischen verschiedenen Personen oder Gruppen ab, die unterschiedliche moralische Überzeugungen vertreten und sich in der einen oder anderen Form einigen müssen. Diese Einigung ist ein **ethisch relevanter sozialer Kompromiss**. Dazu gehören z.B. Gesetze, die ein Parlament beschließt, oder

ethische Richtlinien, die eine medizinische Fachgesellschaft aufstellt, aber auch Ethik-Codices, die sich eine diakonische Organisation angesichts divergierender Haltungen in der Organisation gibt. Auch wenn Mitarbeiter/innen und Klient/innen in einer bestimmten Situation verschiedene Werthaltungen vertreten, handelt es sich um einen interpersonalen Konflikt.

- b) Bei **intra-personalen ethischen Konflikten** treffen nicht Akteur/innen mit gegensätzlichen Positionen aufeinander, sondern ethisch begründete Handlungsoptionen und Pflichten kollidieren. Ihnen entspricht der **ethische Kompromiss** im engeren Sinn, der im Abwägen und Ausbalancieren konfligierender moralischer Ansprüche besteht. Man spricht auch von **ethischen Dilemmata**: Es geht um Situationen, in denen wir verpflichtet sind, A *und* B zu tun, aber nicht beides gleichzeitig tun können. Ein einfaches Bei-

spiel: Abstand halten *und* Körperpflege für eine pflegebedürftige Person.

Der Konflikt spielt sich gleichsam in der Person ab (deshalb spricht man von einem intra-personalen Konflikt), die sich fragt: Was soll ich tun? Für welche Option soll ich mich entscheiden?

Ethische Dilemmata entziehen sich allzu glatten Lösungsversuchen. Keine mögliche Entscheidung kann für sich beanspruchen, einer objektiven Wahrheit verpflichtet zu sein, es handelt sich immer um **>> Güterabwägungen** in Konsequenz einer bewussten Werteentscheidung. Die Ergebnisse von Güterabwägungen haben immer auch gute Argumente gegen sich. Das bedeutet, dass wir mit jeder Entscheidung immer auch etwas schuldig bleiben. Die Entscheidungen sind, auch wenn sie sorgfältig ethisch reflektiert und begründet sind, zwiespältig.

Ethische Dilemmata

Bei ethischen Dilemmata kollidieren Handlungsoptionen. Wir sind verpflichtet, A zu tun und B zu tun, können aber nicht beides gleichzeitig tun. Es kann unterschieden werden zwischen zwei Arten von Dilemmata:

- Bei **instrumentellen Dilemmata** steht das Ziel, das erreicht werden soll, fest. Das Dilemma tut sich bei der Wahl der Mittel auf. Denn die Anwendung des Mittels führt nicht nur zur Erreichung des als richtig erkannten Ziels, die Anwendung des Mittels bringt auch Nebenfolgen mit sich, die Schaden anrichten können. Die Frage ist: Kann das Ziel oder Gut, das angestrebt wird, die Übel, die durch eine Handlung mit verursacht werden, aufwiegen oder rechtfertigen?
- **Ziel-, Wert- oder Pflichten-Dilemmata**: Bei nicht-instrumentellen Dilemmata ist nicht ganz einfach zu bestimmen, was genau in Konflikt gerätet. Es können nämlich Pflichten oder Prinzipien, Ziele oder Güter aber auch Werte miteinander konfliktieren. Dilemmata können auch aus unterschiedlichen Kombinationen aus dieser Liste resultieren.

Ein Pflichtendilemma, das in Sozialer Arbeit und Pflege häufig vorkommt, besteht in Situationen, in denen Klient/innen etwas wollen, das ihnen aus der Sicht der Betreuer/innen schadet (z.B. zu viel Essen, keine Bewegung machen). Hier kollidieren die Pflicht, Klient/innen davor zu bewahren, Schaden zu nehmen, und die Pflicht, die Autonomie von Klient/innen zu respektieren und zu fördern.

Kompromisse bei Dilemmata finden

Auch wenn sich ethische Dilemmata nicht auflösen lassen – Entscheidungen müssen getroffen werden. Corona konfrontiert politisch Verantwortliche, Sozialorganisationen wie die Diakonie aber auch den Einzelnen/die Einzelne mit Situationen, in denen nicht entschieden werden kann. Um verantwortlich mit Dilemmata umzugehen, braucht es ethische Reflexion. Diese beginnt mit einer genauen und sorgenfältigen Beschreibung des ethischen Dilemmas. Wenn das Dilemma beschrieben ist, beginnt das Urteilen und Abwägen. In der Praxis, bei ethischen Dilemmata im Alltag, speist sich die Urteilsbildung aus vielen Quellen:

- Welche **Folgen** haben Handlungen und Maßnahmen und mit welcher Wahrscheinlichkeit treten sie ein – sicher, höchstwahrscheinlich oder unwahrscheinlich? Die Problematik liegt auf der Hand: Es geht um zu erwartende Folgen. Die Antwort auf Fra-

gen nach der Zukunft ist immer ungewiss. Mit dieser Unsicherheit muss umgegangen werden. Sie war besonders zu Beginn der Corona-Krise immens, handelt es sich doch um ein neuartiges Virus. Inzwischen wissen wir mehr und werden mit der Zeit immer mehr wissen. Auf Basis des dazugewonnenen Wissens sind Folgen immer wieder neu abzuschätzen.

- Um Folgen ethisch abzuwägen, müssen sie in Bezug auf >> **Güter** betrachtet werden.
- Zu fragen ist auch, welche >> **ethischen Prinzipien** bei Entscheidungen, mit denen wir in der Corona-Krise konfrontiert sind, handlungsleitend sind.
- Bei ethischen Konflikten in der diakonischen Praxis sind auch **Leitbild und Ethik-Codices der Diakonie** eine Quelle für die ethische Urteilsbildung.
- Last but not least müssen **rechtliche Vorgaben** bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden. [**>> Recht und Moral**].

Güter und Güterabwägung

Güter bezeichnen Ziele menschlichen Handelns. Ein Gut ist nach der klassischen Definition von Aristoteles etwas, das erstrebt wird.

Güter sind Voraussetzungen für ein gutes Leben der Einzelnen und für ein gedeihliches Zusammenleben. Dazu gehören Leben, Freiheit, körperliche und psychische Integrität, Wohnen, Gesundheit, Bildung, Nahrung, Einkommen, Eigentum, Partizipation, Familie, Umwelt, etc. Eine wichtige Frage in der heutigen ethischen Diskussion ist: Lassen sich bestimmte Grundgüter auszeichnen, auf die jeder Mensch ein Recht haben sollte?

Güter spielen eine zentrale Rolle in der >> **Verantwortungsethik**, denn Handlungsfolgen müssen in Bezug auf Güter betrachtet werden: Wie wirkt sich eine bestimmte Handlung oder Maßnahme aus auf Gesundheit, Beziehungen, Familie, Partizipation, Umwelt ...? Handlungen, die ein Gut anstreben, können auch Übel oder Schaden zur Folge haben. Und es kann zum Konflikt zwischen verschiedenen Gütern kommen.

Wir sehen: Güter lassen sich nicht voll verwirklichen, sie sind als Gegenstände und Sachverhalte in der Welt begrenzt. Kein Gut ist absolut. Das gilt auch für das **Leben**. Das Leben ist ein hohes Gut. Es ist ein fundamentales Basisgut. Denn am Leben zu sein, ist Voraussetzung für die Verwirklichung anderer Güter. Aber das Leben ist kein höchstes oder absolutes Gut. Das heißt, auch das Leben ist ein Gut, das in Konflikten stehen kann und offen für Güterabwägung ist. Dieser Gedanke lässt sich auch theologisch begründen: Das Leben gehört, wie alle Güter, in den Bereich der Schöpfung. Würden wir es als absolutes Gut betrachten, würden wir es an die Stelle Gottes setzen.

Güterabwägung ist der Weg zum Kompromiss in Situationen, in denen sich ein Gut nur unter Preisgabe eines anderen Gutes erreichen lässt oder in denen ein Übel nur dadurch vermieden werden kann, dass ein anderes Übel in Kauf genommen wird.

Der Begriff Güterabwägung ist missverständlich, denn es sind nicht immer Güter, die gegeneinander abgewogen werden. Prinzipien oder Werte können ebenfalls gegeneinander abgewogen werden müssen, oder auch ein Gut gegen ein Prinzip. Im allgemeinen Sprachgebrauch hat sich jedoch der Begriff der Güterabwägung für die Gewichtung von Vor- und Nachteilen konfligierender Optionen etabliert.

Bei ethischen Konflikten stellt sich die Frage nach gültigen **Abwägungsregeln und -verfahren**.

- In der theologisch-ethischen Tradition wurden **Hierarchien von Gütern** aufgestellt. Sie wurden als vorgegebene Ordnung und als objektiver Maßstab zur Güterabwägung angesehen. Die moderne Ethik hat diese vorgegebenen Ordnungen infrage gestellt.
- Anstelle von Werthierarchien werden formale Abwägungsregeln formuliert. Das **Prinzip der Verhältnismäßigkeit** der Mittel verlangt, jene Maßnahme zu wählen, die die geringsten negativen Nebenfolgen mit sich bringt (**Übelminimierungsregel**), und dass die Übel, die eine Handlung mit sich bringt, geringer sein müssen als die Übel, die aus einem Handlungsverzicht erwachsen würden (**Übelabwägungsregel**). Doch wie kann man bestimmen, welches Übel größer und welches geringer ist? Zur Beantwortung dieser Frage muss der Blick geweitet werden: Eine Handlung muss sich auf Dauer und im Ganzen betrachtet als nicht-kontraproduktiv erweisen und darf das mit der Handlung angestrebte Gut nicht untergraben (Prinzip der **Nicht-Kontraproduktivität**). Um das einschätzen zu können, muss man die realen Folgen einer Handlung beachten, was Sachkenntnis verlangt und oft im Voraus schwer möglich ist.
- Vor allem in der katholischen Moraltheologie, aber auch in der säkularen Ethik diskutiert wird das Prinzip der **Handlung mit der Doppelwirkung**. Es unterscheidet zwischen indirekt beabsichtigen und indirekt in Kauf genommenen Folgen einer Handlung. Entscheidend ist, ob die in einer Handlung mitverursachten Schäden und Übel in dem angestrebten Gut einen rechtfertigenden Grund haben. Das Prinzip der Handlung mit der Doppelwirkung stellt allgemeine Kriterien dafür auf, wann eine Handlung mit üblen Nebenfolgen moralisch erlaubt sein kann. Damit legitimiert es nicht die Nebenfolge als solche, aber ihre Inkaufnahme. a) Die Handlung muss für sich betrachtet (also unter Ausklammerung ihrer Nebenfolgen) moralisch richtig oder wenigsten nicht falsch sein. b) Die Nebenfolge darf nicht direkt intendiert sein. c) Die schlechten Nebenfolgen dürfen nicht das Mittel zum Zweck sein. d) Die beabsichtigten guten und die nicht beabsichtigten schlechten Folgen müssen verhältnismäßig sein.
- **Utilitaristische Ansätze** bestimmen das Gewicht eines Gutes anhand des Nutzens. Der Grundgedanke: Ziel von Handlungen ist das größtmögliche Glück für die größtmögliche Anzahl der Menschen. Im Zentrum steht also das Glück, das möglichst umfassend verwirklicht werden soll. Der Maßstab dafür muss an eine Erfahrung gebunden sein, die für sich genommen gut ist. Diese Erfahrung sieht der Gründungsvater des Utilitarismus, Jeremy Bentham, in Lust/Wohlbefinden im Unterschied zu Unlust/Schmerz (engl. *pleasure vs. pain*). In Abwägungsverfahren ist derjenigen Handlung der Vorzug zu geben, die möglichst viel *pleasure* und möglichst wenig *pain* zur Folge hat. Lust und Unlust werden quantitativ bestimmt, wir haben es mit einem rechnerischen Kalkül zu tun. Wobei wichtig ist: Der Utilitarismus verfährt sozial: Nutzen und Schaden aller Betroffenen müssen gleichermaßen berücksichtigt werden.
- Für klinische Dilemmata haben Tom Beauchamp und James Childress vier **>> medizinische Prinzipien** entwickelt, die jeweils ausbalanciert werden müssen.

Dilemmata angesichts von Corona

Das neuartige Corona-Virus hat politisch Verantwortliche zu umfangreichen Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie und zur Verhinderung eines Zusammenbruchs des Gesundheitssystems veranlasst, die das Leben, wie wir es kennen und gewohnt sind, aus der Bahn geworfen haben – bis hin zu massiven Einschränkungen von Grundrechten. Was das für politisch Verantwortliche bedeutet, zeigt exemplarisch ein Interview mit Thüringens Ministerpräsident Bodo Ramelow [[>> zum Weiterlesen](#)].

Für die Diakonie hat das zum einen bedeutet, nolens volens Maßnahmen in die Praxis umzusetzen zu müssen, die ihrem Ethos und ihrer Grundhaltung zuwiderlaufen. Selbstbestimmung, Inklusion und Teilhabe als zentrale Prinzipien diakonischer Arbeit mussten in den Hintergrund treten. Zum anderen ist in der praktischen diakonischen Arbeit der Dilemma-Charakter von Maßnahmen wie Besuchsverboten, Ausgangsbeschränkungen, Schließung von Schulen, Kindergärten, Tagesstätten, Therapieangeboten, Beratungsstellen usw., der durch den Appell „Leben retten“ in der öffentlichen Debatte gleichsam zugedeckt war, deutlich zutage getreten.

Mit den Lockerungen erweitert sich der Handlungsspielraum für diakonische Einrichtungen. Gleichzeitig steigt die Verantwortung und verschärfen sich die ethischen Dilemmata, mit denen Menschen, die in der Diakonie arbeiten, konfrontiert sind.

Die Fragen waren und sind viele und vielfältig, oft gehen sie sehr ins Detail: Wie umgehen mit Kontakt- und Bewegungseinschränkungen in Kindergärten und Schule? Wie umgehen mit den Besuchsverboten und Ausgangsbeschränkungen sowie mit deren Lockerungen in stationären Einrichtungen? Müssen Bewohner/innen in Quarantäne, wenn sie einen Besuch bei ihren Familien absolviert haben? Was tun, wenn ein Bewohner/eine Bewohnerin im Sterben liegt? Wann das Haus für die Verabschiedung öffnen, wie diese organisieren? Bewohner/innen mit Covid-19 ins Krankenhaus

bringen oder ein Verbleiben, vielleicht auch Sterben zu Hause im Heim ermöglichen? Überhaupt die Frage nach *end of life decisions* angesichts von Covid-19.

Im Folgenden sollen Beispiele aufgegriffen werden, die in der öffentlichen Debatte besonders aktuell waren bzw. zur Zeit sind: [>>Triage](#) und, damit zusammenhängend, [>> end of life decisions](#) sowie [>> Isolation und Kontakteinschränkungen](#) in stationären Einrichtungen. Es gibt viele weitere Fragen. Nachdem dieses Argumentarium als *living paper* gestaltet ist, können weitere ethische Dilemmata in künftigen Versionen diskutiert werden.

Isolation und Kontakteinschränkungen

Ein zentrales Maßnahmenpaket in der Corona-Krise, das Einrichtungen der Diakonie massiv betroffen hat und aktuell schrittweise zurückgenommen wird, sind soziale Isolation und Kontakteinschränkungen: Ausgangsverbote bzw. -beschränkungen, Besuchsverbote, soziale Isolation und Kontakteinschränkungen innerhalb der Häuser bis hin zu Zimmer-Quarantäne. Diese Maßnahmen betreffen Einrichtungen für Wohnen und Pflege im Alter, Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung und Wohneinrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe. Im Folgenden wird besonders der Bereich Wohnen und Pflege im Alter in den Blick genommen. Die Reflexion kann als modellhaft betrachtet und auf Wohnen für Menschen mit Behinderung und Wohnen im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe übertragen werden (wobei jeweils die spezifische Situation und Faktenlage in die Folgenabschätzung einzubeziehen ist).

Beschreibung des ethischen Dilemmas

Die Einführung der Isolations- und Kontakteinschränkungsmaßnahmen lässt sich beschreiben als **instrumentelles Dilemma**: Sie verfolgen das Ziel der Verhinderung von Infektionen zum Schutz der Gesundheit und letztlich des Lebens. Die stationäre Langzeit-

pflege ist ein neuralgischer Punkt in der Eindämmung der Verbreitung des Corona-Virus. Eine österreichweite Cluster-Analyse der AGES von Anfang Mai hat gezeigt, dass sich ein Drittel der untersuchten Fälle in Senioren- und Pflegeheimen infiziert haben (1.127 von 3.800 Personen und 60 von 169 Clustern). Die 460.000 Pflegegeldbezieher/innen haben Expert/innen zufolge im Vergleich zu den unter 50-jährigen ein 50- bis 80-fach erhöhtes Risiko zu versterben, und die Wahrscheinlichkeit, dass sie ein Krankenhausbett oder intensivmedizinische Versorgung brauchen, ist 100 bis 1.000-fach höher. In einigen europäischen Ländern wird jeder zweite Todesfall aus einem Pflegeheim gemeldet.

Dass es richtig ist, Infektionen zu verhindern, steht außer Frage. Ebenso, dass der Pflegebereich bei präventiven Maßnahmen besonders in den Blick genommen werden muss. Allerdings ist die Frage, welche Mittel zum Erreichen dieses Ziels eingesetzt werden sollen. Denn die Anwendung des Mittels Isolation führt nicht nur zur Erreichung des als richtig erkannten Ziels, sie bringt auch Nebenfolgen mit sich, die schaden. Angehörige nicht sehen zu können, schmerzt, die Einsamkeit verletzt die Seele. Vor allem Menschen mit Demenz können oft nicht verstehen, was vor sich geht, werden verwirrt, Aggressionen und herausforderndes Verhalten nehmen zu, was wiederum medikamentöse Interventionen nach sich ziehen kann – denn dem mit verstärkter persönlicher Zuwendung zu begegnen, ist ja angesichts der Kontakteinschränkungen nur sehr begrenzt möglich. Psychotherapie und Seelsorge müssen aufgrund der Besuchsverbote massiv eingeschränkt werden, Physiotherapie und Ergotherapie entfallen. Der psychische und körperliche Gesundheitszustand von Bewohner/innen verschlechtert sich.

Wenn wir die Handlungsfolgen auf die ethische Waagschale legen, müssen wir nach den Gütern fragen, auf die sie sich beziehen: Mit Isolation und Kontakteinschränkung wird das Gut der Gesundheit und des Lebens angestrebt. Die negativen Nebenfolgen betreffen erstens ebenfalls das Gut der Gesundheit und letztend-

lich des Lebens – insbesondere wenn wir einen ganzheitlichen Gesundheitsbegriff haben und in Betracht ziehen, dass Leben nicht nur physisches Überleben bedeutet, sondern auch Lebensvollzug. Wenn Besuchsverbote Ehepartner/innen voneinander trennen und Eltern von ihren Kindern, betreffen die Maßnahmen auch das Gut der Familie und des Privatlebens, das menschenrechtlich verbrieft ist. Drittens beschädigen Isolations- und Kontakteinschränkungsmaßnahmen das Gut der persönlichen Freiheit und insbesondere der Bewegungsfreiheit, das ebenfalls in den menschenrechtlichen Schutzbereich fällt. Wir haben es also mit einem komplexen **instrumentellen Dilemma** zu tun und müssen fragen, ob das abgestrebte Ziel des Eindämmens von Infektionen und das Gut der Gesundheit und des Lebens die Übel, die durch das Mittel der Isolation und Kontakteinschränkungen mit verursacht werden, aufwiegen oder rechtfertigen.

Man kann den ethischen Konflikt, den Isolations- und Kontakteinschränkungsmaßnahmen bedeuten, auch als **Pflichtendilemma** beschreiben. In Konflikt geraten die Pflicht, das Gut der Gesundheit und des Lebens zu schützen, und die Pflicht, die Autonomie der Betroffenen zu wahren und zu fördern. Mit letzterem ist die Fragen nach *informed consent* bzw. Freiwilligkeit aufgeworfen. Diese Frage wird bis dato wenn, dann theoretisch und in der öffentlichen Debatte gestellt und nicht in der konkreten Praxis an die Betroffenen selbst gerichtet. Das Schlimmste, so eine Pflegeheimbewohnerin in Berlin, die – ein Extremfall – fünf Wochen lang ihr Zimmer kaum verlassen konnte, in einem Interview, sei nicht die Einsamkeit, nicht das Verbot, mit dem Rollstuhl in den Garten zu fahren, nicht die Menschenleere auf den Fluren und nicht die Angst. Es sei die Tatsache, dass niemand sie gefragt hat [[>> zum Weiterlesen](#)].

Abwägungsprozesse zur Urteilsbildung

Nachdem wir das Dilemma ethisch beschrieben haben, gilt es abzuwägen. Wir sehen bereits an den verschiedenen Möglichkeiten, das Dilemma zu beschreiben, wie komplex die Ur-

teilsbildung ist. In den Abwägungsprozess müssen nicht nur Güter und Prinzipien, sondern auch außermoralische Komponenten wie rechtliche Voraussetzungen und sicher eintretende, mögliche oder unwahrscheinliche Folgen einbezogen werden. Folgen haben Maßnahmen sowohl für den/die Einzelne, als auch für die öffentliche Gesundheit, das Zusammenleben und die Gesellschaft, aber auch für Organisationen wie die Diakonie.

Bei der Beschreibung von Isolation und Kontakteinschränkungen zum Schutz der Gesundheit als **instrumentelles Dilemma** haben wir gesehen, dass es – wie es in der Medikamentenwerbung so schön heißt – um „Wirkungen und unerwünschte Nebenwirkungen“ geht. Wenn nach Wirkungen und unerwünschten Nebenwirkungen gefragt wird, legt sich das **Prinzip der Verhältnismäßigkeit** als Reflexionsinstrument nahe: Die Übel, die Isolationsmaßnahmen mit sich bringen, müssen geringer sein als die Übel, die sich aus einem Verzicht auf Isolationsmaßnahmen ergeben (**Übelwägungsregel**). Aus den verschiedenen Möglichkeiten, Infektionsgeschehen durch Isolation zu verhindern, sind weiters jene Maßnahmen zu wählen, die die geringsten negativen Nebenfolgen mit sich bringen (**Übelminimierungsregel**). So wäre etwa zu fragen, ob bzw. wie lange Einschränkungen auch Kontakte mit Gesundheitspersonal (Ergo, Physio-, Psychotherapeut/innen, aber auch Seelsorger/innen) umfassen sollen. Ob Besuchsverbote auch gelten sollen, wenn jemand im Sterben liegt. Wie weit die Isolation geht – Kontakte in Gemeinschaftsräumen nur reduzieren oder ganz unterbinden, Isolation im Zimmer, Möglichkeit für Spaziergänge? Ob es notwendig ist, Kontakteinschränkungen bei Besuchen so zu gestalten, dass Angehörige durch eine Plexiglas-scheibe getrennt sind, oder ob der Abstand auch anders sichergestellt werden kann (z.B. durch einen breiten Tisch)? Usw.

Bei all dem sind auch praktische Möglichkeiten wie die räumlichen Gegebenheiten und personelle Ressourcen vor Ort einzubeziehen. Es gilt der ethische Grundsatz *ultra posse*

nemo obligatur – über das Können hinaus kann niemand verpflichtet werden. So kann – um ein anschauliches, wenn auch banales Beispiel zu nennen – für Einrichtungen ohne Garten keine Pflicht bestehen, Besuche im Freien zu ermöglichen.

Die Übelminimierungsregel verlangt auch, andere Maßnahmen als Isolation zum Schutz der Gesundheit in Betracht zu ziehen und bevorzugt anzuwenden, wenn sie geringere Übel mit sich bringen. So wäre es ethisch problematisch, Menschen zu isolieren, um sich die Anschaffung von Schutzbekleidung und regelmäßigen Testungen, beides wichtige Maßnahmen zur Infektionsprävention, zu ersparen.

Die Frage, wie man bestimmen kann, welches Übel größer und welches geringer ist, ist schwierig. Zum einen dürfen Maßnahmen auf Dauer und im Ganzen nicht kontraproduktiv sein – und wir hatten es vor allem zu Beginn der Krise mit einer Situation zu tun, die auf Dauer einzuschätzen aufgrund fehlender Erfahrungen und fehlenden Wissens faktisch nicht möglich war. Zum anderen haben wir es, anders als bei der Medikamenteneinnahme, zu tun mit Wirkungen und unerwünschte Nebenwirkungen nicht nur für eine einzelne Person, sondern für eine Gruppe von Personen. Schließlich geht es bei einer Pandemie um die Verhinderung von Ansteckung mehrerer Personen und um die öffentliche Gesundheit. Nichts desto trotz betreffen die negativen Nebenfolgen von Isolationsmaßnahmen den/die Einzelne, dessen Gesundheitszustand sich in der Folge verschlechtern kann und dessen Privat- und Familienleben und Bewegungsfreiheit eingeschränkt wird. Anders formuliert: Es sind sowohl **individuelle** als auch **kollektive Folgen** in die ethische Urteilsbildung einzubeziehen.

Diese Problematik tritt noch deutlicher zutage, wenn wir den Konflikt als ein **Pflichtendilemma** beschreiben, bei dem verschiedene **>> ethische Prinzipien** in Balance gebracht werden müssen: die Verpflichtung, Gesundheit und Leben zu schützen, und die Verpflichtung zur Wahrung der Autonomie. Letztere gestaltet sich in der Medizinethik als *informed consent*. Der Anspruch auf informierte Zustimmung

geht so weit, dass Ärzt/innen eigenmächtige Heilbehandlung rechtlich verboten ist. In analoger Weise *informed consent* auf Ausgangsbeschränkungen anzuwenden, ist schwierig, denn eine Nichtzustimmung hätte nicht nur Auswirkungen auf die zu isolierende Person, sondern auch auf andere. Nehmen wir an, Frau Huber und Herr Mayer leben in derselben Pflegeeinrichtung. Herr Mayer will jetzt, wo die Maßnahmen allgemein gelockert werden, seine Familie besuchen. Die Familie ist für ihn ein höheres Gut als seine Gesundheit, er will das Risiko einer Infektion in Kauf nehmen. Frau Huber gewichtet anders. Sie will nicht riskieren, sich anzustecken, und bleibt daher zu Hause. Allerdings besteht das Risiko, dass Herr Mayer sie ansteckt, sollte er sich bei seinem Familienbesuch infizieren – und Frau Huber könnte sich gezwungen sehen, ihr Zimmer nicht zu verlassen, um sich diesem Risiko nicht auszusetzen. Die Autonomie von Frau Huber begrenzt die Autonomie von Herrn Mayer, wie umgekehrt die Autonomie von Herrn Mayer die Autonomie von Frau Huber begrenzt. Die Pflegeeinrichtung wiederum steht vor der Herausforderung, dem Wohl von Herrn Mayer *und* von Frau Huber verpflichtet zu sein. Im Abwägungsprozess sind mithin Gesichtspunkte der **Gerechtigkeit** und **Gleichbehandlung** zu bedenken: Gibt es Gründe, die rechtfertigen, Personen, die in derselben Einrichtung leben, ungleich zu behandeln?

Für diakonische Einrichtungen kommt hinzu: Evangelische Ethik ist besonders sensibel für das Individuelle: für die Würde des Einzelnen, für das einzelne Leben und für die Verantwortung des Einzelnen. „Dadurch rückt“, so die Standortbestimmung der Diakonie Österreich, „die Entwicklung und Förderung des Einzelnen in den Focus der Aufmerksamkeit für ein weitgehend selbständiges Leben.“ Gleichwohl wird der/die Einzelne immer in Beziehung gedacht. Autonomie ist dementsprechend ein zentrales ethisches Prinzip für diakonisches Handeln: „Menschen in jeder Lebensphase werden eingeladen, befähigt und ermächtigt, ihr Leben selbst zu verantworten und für sich selbst zu sprechen.“ Die Autonomie der Klient/innen in Zeiten von Corona aus Gründen der (öffentlichen) Gesundheit einschränken zu müssen, hat mithin auch Auswirkungen auf die Organisationskultur der Diakonie. Umgekehrt hätte eine stärkere Gewichtung des Autonomieprinzips und mehr Selbstbestimmung für Klient/innen in Sachen Ausgang und soziale Kontakte zur Folge, dass die Einrichtung im Fall des Falles Infektionen und Erkrankungen ihrer Klient/innen zu verantworten hätte – bis hin zu einer Klage wegen fahrlässiger Tötung, mit denen Pflegeheime anderer Träger bereits konfrontiert sind. Was uns zu den rechtlichen Vorschriften bringt, die diakonische Einrichtungen ebenfalls in Entscheidungsfindungsprozesse einbeziehen müssen.

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen nach PersFrG und HeimAufG

Der grundrechtliche Schutz der persönlichen Freiheit ist im **Bundesverfassungsgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit** normiert. Das PersFrG zählt mögliche Gründe auf, warum jemand in seiner persönlichen Freiheit beschränkt werden darf.

PersFrG Art 2 (1): „Die persönliche Freiheit darf einem Menschen in folgenden Fällen auf gesetzlich vorgeschriebene Weise entzogen werden: ... wenn Grund zur Annahme besteht, daß er eine Gefahrenquelle für die Ausbreitung ansteckender Krankheiten sei oder wegen psychischer Erkrankung sich oder andere gefährde.“

Auf dieser verfassungsgesetzlichen Basis normiert das **Heimaufenthaltsgesetz**, das die Menschenwürde von Heimbewohner/innen ins Zentrum stellt, spezielle Situationen von Menschen in Heimen, in

denen unter bestimmten Voraussetzungen im konkreten Einzelfall eine Freiheitsbeschränkung zulässig sein und angeordnet werden kann.

HeimAufG §1 (1): „Die persönliche Freiheit von Menschen, die aufgrund des Alters, einer Behinderung oder einer Krankheit der Pflege oder Betreuung bedürfen, ist besonders zu schützen. Ihre Menschenwürde ist unter allen Umständen zu achten und zu wahren. Die mit der Pflege oder Betreuung betrauten Menschen sind zu diesem Zweck besonders zu unterstützen.“

§4: „Eine Freiheitsbeschränkung darf nur vorgenommen werden, wenn

1. der Bewohner psychisch krank oder geistig behindert ist und im Zusammenhang damit sein Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet,
2. sie zur Abwehr dieser Gefahr unerlässlich und geeignet ist sowie in ihrer Dauer und Intensität im Verhältnis
3. diese Gefahr nicht durch andere Maßnahmen, insbesondere schonendere Betreuungs- oder Pflegemaßnahmen, abgewendet werden kann.“

§5 (1): „Eine Freiheitsbeschränkung darf nur auf Grund der Anordnung einer dazu befugten Person vorgenommen werden.“

Die **rechtlichen Vorgaben**, die diakonische Einrichtungen einbeziehen müssen, sind nicht minder komplex. Ethische Dilemmata spiegeln sich gewissermaßen auf rechtlicher Ebene.

- **Rechtliche Vorgaben zum Schutz der Gesundheit:** In der ersten Phase der Krise gab es – zusätzlich zu den allgemein gültigen Ausgangsbeschränkungen – in allen Bundesländern ein weitgehendes Besuchsverbot in stationären Einrichtungen. Die Covid-19-Lockerungsverordnung erlaubt das Betreten von Pflegeheimen wieder, verpflichtet aber den Betreiber, durch geeignete Schutzmaßnahmen das Infektionsrisiko zu minimieren. Welcher Art diese Schutzmaßnahmen sind, ist in den „Empfehlungen zur schrittweisen Lockerung der aufgrund der Covid-19 erlassenen Besuchsbeschränkungen in Alten- und Pflegeheimen“ des Gesundheitsministeriums festgehalten. Teilweise haben die Länder, die für Pflege zuständig und Auftraggeber der Einrichtungsbetreiber sind, diese Empfehlungen strenger ausgelegt, entsprechend werden behördlicherseits Vorgaben gemacht. Beispielsweise hat die Abteilung Soziales des Landes OÖ die schriftliche Empfehlung erteilt, Personen, die von zuhause in ein Alten- und Pflegeheim kommen, trotz negativer Testung 14 Tage in Quarantäne zu betreuen. Eine Nichtumsetzung behördlicher

Empfehlungen ist rechtlich nicht unproblematisch.

- **Rechtliche Vorgaben zum Schutz der persönlichen Freiheit und der Bewegungsfreiheit:** Zum Schutz der Gesundheit wird im Rahmen der Covid-19 Verordnungen, Empfehlungen und behördlichen Anordnungen durch **>> freiheitsbeschränkende Maßnahmen** in den menschenrechtlich verbrieften Schutz des Familien- und Privatlebens und der persönlichen Freiheit eingegriffen. Menschenrechte, genauer die individuellen Abwehrrechte, schützen primär das Individuum (und nicht Gruppen) und adressieren zuvorderst an den Staat. Der Staat ist dazu verpflichtet, die persönliche und Bewegungsfreiheit sowie Familien- und Privatleben zu achten (d.h. nicht gerechtfertigte Eingriffe zu unterlassen), zu schützen (d.h. Maßnahmen gegen die Verletzung dieses Rechts zu setzen) und zu gewährleisten (d.h. institutionelle und materielle Voraussetzungen zur Realisierung dieses Rechts schaffen). Die österreichische Rechtsordnung hat diese Verpflichtungen u.a. im **>> Bundesverfassungsgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit** normiert, in dem auch Gründe für freiheitsbeschränkende Maßnahmen aufgezählt werden. Auf dieser verfassungsgesetzlichen Basis konkretisiert das **>> Heim-**

aufenthaltsgesetz, unter welchen Voraussetzungen freiheitsbeschränkende Maßnahmen in der speziellen Situation von Menschen in Heimen zulässig sind. Ob diese Voraussetzungen gegeben sind, ist nach dem HeimAufG immer im Einzelfall zu prüfen. (Außer es liegt ein Bescheid der regionalen Gesundheitsbehörde nach dem Epidemiegesetz vor, wie er bei erkrankten, krankheitsverdächtigen oder ansteckungsverdächtigen Personen ausgestellt wird.) Freiheitsbeschränkungen sind unverzüglich der Bewohnervertretung zu melden. (Bewohnervertreter sind bevollmächtigt, den Bewohner bei der Wahrnehmung seines Rechts auf persönliche Freiheit zu vertreten.) Aus Sicht des „VertretungsNetz – Bewohnervertretung“ widerspricht z.B. eine generelle Androhung oder gar Durchführung einer mehr-

tägigen Zimmerquarantäne nach Verlassen des Hauses dem HeimAufG. Auch in Zeiten von Corona seien Freiheitsbeschränkungen nur unter bestimmten Voraussetzungen im konkreten Einzelfall zulässig.

Für stationäre Einrichtungen für Wohnen und Pflege im Alter ist die rechtliche Lage extrem unübersichtlich. Auch weil – nicht zuletzt durch die öffentliche Kommunikation – die Rechtsverbindlichkeit von behördlichen Anordnungen unklar ist. Basieren sie auf Verordnungen auf Landesebene oder auf Empfehlungen, denen keine Rechtsqualität zukommt, die aber im Klagsfall einbezogen werden könnten? Pflegeheime stecken gewissermaßen in einer rechtlichen Zwickmühle zwischen HeimAufG und behördlichen Empfehlungen bzw. Anordnungen. Es ist Aufgabe des Staates, hier für Rechtssicherheit zu sorgen.

Recht und Moral

Recht und Moral sind zum einen zu unterscheiden. Vereinfacht gesagt:

- Das Recht ist heteronom (griech. heteros = verschieden, nomos = Gesetz) und zwangsbewährt. Gesetze geben uns gewissermaßen von außen vor, wie wir handeln müssen. Gesetze gelten für alle, und sie gelten für alle gleichermaßen.
- Die Moral ist autonom (griech. autos = selbst, nomos = Gesetz). Wenn wir moralisch handeln, geben wir uns gleichsam selbst in unserem Gewissen die Regeln, die uns leiten sollen. Moral ermöglicht einen Pluralismus der Überzeugungen.

Zum anderen stehen Recht und Moral in enger Beziehung zueinander. Das Recht ist eine Form regelbasierter Ethik, die sich eine Gesellschaft durch demokratische Einigungsverfahren gibt. Gesetze regeln auch nicht alles bis ins kleinste Detail, sondern lassen Spielraum für Abwägung.

Exkurs:

An dieser Stelle tut sich ein ganzes Set an weiteren Fragen auf, welche die Betrachtung des Dilemmas von der Ebene diakonischer Einrichtungen und der Frage, was diese in Abwägungsprozessen bedenken sollen, verlagert auf eine **gesellschaftliche Ebene**:

Die Einzelfallprüfung ist ein wichtiges Instrument des Diskriminierungsschutzes. Sie verhindert, dass eine ganze Gruppe aufgrund eines Merkmals (z.B. Alter oder Behinderung) mit

freiheitsbeschränkenden Maßnahmen belegt wird. Gleichwohl ist zu fragen, ob die Fokussierung auf den Einzelfall, wie sie das HeimAufG verlangt, in einer pandemischen Situation greift. Was soll im Einzelfall überprüft werden? Die Selbst- und Fremdgefährdung, welche die Freiheitsbeschränkung legitimiert, wurzelt bei Corona nicht in einer individuellen psychischen Disposition, sondern in der allgemeinen Ansteckungsgefahr. Nun könnte man die Vulnerabilität einzelner Heimbewoh-

ner/innen aufgrund ihre jeweiligen Vorerkrankungen prüfen. Das könnte jedoch zu einer Ungleichbehandlung von Bewohner/innen führen in einer Situation, in der alle einander gleichermaßen potenziell gefährden. Was ist im Falle einer Pandemie eher gerechtfertigt: Einzelfallprüfungen oder einheitliche Regelungen für alle Bewohner/innen eines Hauses? Institutionen wie Heime haben abgeleitete menschenrechtliche Verpflichtungen. Zuvor steht der Staat in der Pflicht, die entsprechenden Voraussetzungen zur Realisierung von Menschenrechten zu schaffen – und dazu gehört eine klare, grundrechts- und verfassungskonforme Gesetzgebung. Wie umfassend soll diese Gesetzgebung sein, und wer soll sie in welcher Form erlassen? Wie steht z.B. eine Empfehlung zu einer gesetzlichen Vorschrift? Wie steht ein Verfassungsgesetz zu einer Verordnung des Landes? Wie gehen Gerichte im Konfliktfall damit um?

Diese Fragen an die Diakonie zurückgespielt heißt zu reflektieren: Umfassendere rechtliche Regelungen bieten mehr Sicherheit und verlangen weniger Verantwortungsübernahme, das kann entlasten. Weniger weitgehende Regelungen schaffen mehr Spielraum für das Gewissen und ermöglichen, bei Entscheidungen stärker die konkrete Situation zu berücksichtigen. Was soll also aus Sicht der Diakonie staatlicherseits geregelt werden? Was soll auf Organisationsebene geregelt werden? Und was soll der Entscheidung im Einzelfall in der kon-

kreten Situation und damit der Verantwortung der beteiligten Personen (Mitarbeiter/innen, Klient/innen, Angehörige, Ärzt/innen ...) überlassen bleiben?

Dieser Durchgang durch die vielen und vielfältigen Fragen, die bei einer Urteilsbildung zu bedenken sind, zeigt, dass die ethischen Dilemmata, vor die Isolations- und Kontakteinschränkungsmaßnahmen in der Corona-Krise stellen, sich nicht auflösen lassen. Was bleibt, ist sorgfältiges Reflektieren und Abwägen und die Verantwortung für Entscheidungen und Handlungen zu übernehmen – im Wissen, etwas schuldig zu bleiben.

Die Auseinandersetzung mit Isolationsmaßnahmen ist umso dringlicher, als dieses ethische Dilemma das Potenzial hat, von einem intra-personalen zu einem **inter-personalen Konflikt** zu werden. Das zeigt sich an ersten öffentlichen Debatten, welche Corona als Generationenkonflikt framen und fragen, ob bei einer möglichen zweiten Infektionswelle der Staat „die Alten“ nicht gezielt stärker isolieren sollte als die Jungen, damit diese ihren wirtschaftlichen Aktivitäten nachkommen können. Um als Diakonie in dieser Debatte glaubwürdig Stellung gegen Diskriminierung und für Menschenwürde im Alter beziehen zu können, braucht es eine gewissenhafte ethische Reflexion zu Isolation und Kontakteinschränkungen an den Stellen, an denen sie diakonische Einrichtungen direkt betreffen.

Ethische Prinzipien

Tom Beauchamp und James Childress haben aus der Erfahrung klinischer Dilemma-Situationen vier Prinzipien entwickelt, deren Bedeutung in der **Medizinethik** weitgehend unumstritten ist:

- **respect for autonomy**: In der Medizinethik im engeren Sinn versteht man unter dem Autonomieprinzip meist „informed consent“. Im Kontext dieses Argumentariums verlangt das Autonomieprinzip über die informierte Zustimmung hinaus auch die Ermöglichung von Selbstbestimmung und die Achtung des Willens, d.h. der Bedürfnisse, Wünsche und Interessen sowie der Wertvorstellungen der Betroffenen.
- **non-maleficence**: Das Prinzip der Schadensvermeidung verlangt in der Medizinethik im engeren Sinn, Eingriffe zu unterlassen, wenn sie dem Patienten/der Patientin schaden. Das klingt auf den ersten Blick selbstverständlich, ist es aber nicht. Denn es bedeutet, bei jeder lebensverlängernden

oder intensivmedizinischen Behandlungsmaßnahme zu fragen, ob sie dem Patienten/der Patientin Schaden zufügen könnte. Gerade bei Covid-19-Erkrankungen wurde diese Frage in der öffentlichen Debatte vielfach ausgeblendet. Es entstand vielmehr der Eindruck, jede Person, die an Covid-19 erkrankt, müsse jedenfalls ein Intensivbett und künstliche Beatmung bekommen. Im Kontext dieses Argumentariums verlangt das Nichtschadensprinzip über die Überprüfung medizinischer Maßnahmen im Einzelfall hinaus auch, nach dem Schaden zu fragen, den politisch oder in Einrichtungen gesetzte Maßnahmen verursachen können. Es verlangt alles, was die körperliche und seelische Integrität beeinträchtigen könnte, möglichst zu vermeiden.

- **beneficence**: Während das Nichtschadensprinzip zum Unterlassen verpflichtet, verpflichtet das Nutzenprinzip zum aktiven Handeln. Die Meinungen darüber, ob *beneficence* mit Nutzen oder mit Wohl zu übersetzen sei, gehen auseinander. Im engeren medizinethischen Sinne scheint die nüchtern-pragmatische Übersetzung mit Nutzen angezeigt, denn es ist Aufgabe der Gesundheitsberufe, ihre Behandlungs- und Versorgungsangebote mit dem größtmöglichen Nutzen bzw. dem kleinsten Schaden zu begründen. Im Kontext dieses Argumentariums ist das breitere Verständnis von Wohltuens-Prinzip zu bevorzugen und danach zu fragen, was das Wohl von Menschen, für welche die Diakonie da ist, in der Corona-Krise fördert.
- **justice**: Anders als die ersten drei Prinzipien hat das Gerechtigkeitsprinzip nicht die einzelne Person im Blick, sondern die faire und angemessene Verteilung der Gesundheitsleistungen unter Beachtung der vorhandenen Ressourcen. Es geht um Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheits- und Sozialsystem insgesamt, aber im Kontext dieses Argumentariums auch um Gerechtigkeit innerhalb einer Organisation und Einrichtung, in der verschiedene Personen mit unterschiedlichen Bedürfnissen unter Beachtung der vorhandenen Ressourcen unterstützt und betreut sein wollen.

Diese vier Prinzipien können zur Urteilsbildung bei ethischen Konflikten auch im Zusammenhang mit Corona herangezogen werden. Entscheidend ist, dass die vier Prinzipien gleichwertig nebeneinanderstehen und alle vier Prinzipien bei der Urteilsbildung berücksichtigt und ausbalanciert werden müssen. Jede Absolutsetzung eines Prinzips auf Kosten der anderen oder jede Eliminierung eines Prinzips zugunsten der anderen würden Gehalt, Sinn und Funktion aller vier Prinzipien verändern oder auflösen.

Ethische Konflikte im Zusammenhang mit Corona sind nun nicht nur medizinethische Fragestellungen. In ihrer Bearbeitung sind im diakonischen Handeln auch Prinzipien der **advokatorischen Ethik** heranzuziehen. Diese fragt, wozu wir Menschen gegenüber verpflichtet sind, die nicht oder nur eingeschränkt in der Lage sind, ihren eigenen Interessen und Bedürfnissen nachzugehen. Micha Brumlik nennt zwei Prinzipien:

- Der **kategorische Imperativ der Bemündigung** verlangt, die Autonomie der Klient/innen von Sozial- und Hilfsorganisationen zu respektieren und ihre Selbstbestimmung aktiv zu fördern. Wir sollen dafür sorgen, dass sie im Rahmen ihrer Fähigkeiten ihr Leben nach ihren eigenen Wünschen und Vorstellungen gestalten können. Der Begriff Bemündigung bringt zum Ausdruck, dass Autonomie nicht etwas ist, was Personen aus sich selber heraus haben, vielmehr hängt der Grad an Autonomie davon ab, wie sehr andere unsere Autonomie fördern oder einschränken. Das ist sozusagen die positive Seite der advokatorischen Ethik.
- In negativer Hinsicht sollen wir dem **kategorischen Imperativ der Vermeidung der Beeinträchtigung der geistigen und körperlichen Integrität** des anderen folgen und ihn oder sie davor bewahren, dass seine oder ihre Integrität Schaden nimmt.

Auch hier gilt: Beide Prinzipien können in Konflikt miteinander geraten und müssen ausbalanciert werden.

Im **Ethos der Diakonie** als evangelischer Hilfs- und Sozialorganisation hat das Selbstbestimmungsprinzip großes Gewicht. Diakonie beginnt mit der Wahrnehmung von Not und steht Menschen in Not helfend zur Seite, ohne sie zu Objekten helfenden Handelns zu machen. „Menschen in jeder Lebensphase werden eingeladen, befähigt und ermächtigt, ihr Leben selbst zu verantworten und für sich selbst zu sprechen. Wo Menschen aus Mangel an Ressourcen oder Möglichkeiten behindert werden, am Leben in Fülle teilzuhaben, unterstützen Kirche und Diakonie, diese Barrieren zu überwinden. Innerhalb kirchlicher Gemeinden und Einrichtungen wird darauf geachtet, Teilhabe und Inklusion zum Strukturprinzip kirchlicher Praxis werden zu lassen.“ (Standortbestimmung der Diakonie Österreich)

Triage

Triage ist ein Extremfall eines ethischen Dilemmas in Zeiten von Corona. Die Diakonie betrifft die Frage insofern, als ein Teil ihrer Klient/innen – Menschen im Alter mit Multimorbidität und Menschen mit Behinderung mit Vorerkrankungen – im Fall des Falles von Triage betroffen wären. Zwar war Österreich immer weit davon entfernt, Triageverfahren anwenden zu müssen, doch haben Berichte über ihre Anwendung in Norditalien und im Elsass hierzulande betroffen gemacht und verunsichert. Daher soll Triage thematisiert werden.

Triage wird eingesetzt in der Katastrophenmedizin und im Kriegsfall, wenn die Kapazitäten nicht ausreichen, alle Patient/innen gleichzeitig zu behandeln. Triage bedeutet Priorisieren. Im Fall von Covid-19 bedeutet Triage, dass Ärzt/innen entscheiden müssen, wer intensivmedizinisch behandelt werden soll, wenn es nicht ausreichend Intensivbetten und Beatmungsgeräte gibt. Solche Entscheidungen treffen zu müssen, ist wohl die schlimmste Situation, in die Ärzt/innen kommen können. Wenn jedoch die Situation eintritt, dass es nicht genug Intensivbetten gibt, kann nicht entschieden werden. Daher ist es notwendig und verantwortungsbewusst, für den Ernstfall gerüstet zu sein und Kriterien zu erarbeiten. Das haben medizinische Fachgesellschaften in vielen Ländern getan, auch in Österreich.

- Ziel ist die **Minimierung von Todesfällen**. Entscheidungen sollen so getroffen werden, dass möglichst wenig Menschen schwer erkranken oder sterben.

- Zentrales Kriterium für die Priorisierung sind die **klinischen Erfolgsaussichten** – und in der Folge Verzicht auf Behandlung jener, bei denen keine oder sehr geringe Überlebenschancen bestehen. Grundsätzlich ist bei jeder Intensivbehandlung bzw. lebensverlängernden Behandlungsmaßnahme zu fragen, ob sie gemacht werden soll oder nicht. [[>> end of life decisions](#)] Ist das Gesundheitssystem überlastet und können nicht alle, die unter normalen Umständen eine intensivmedizinische Behandlung bekommen würden, eine bekommen, wird die Aussicht auf Behandlungserfolg mittels eines Scoring-Systems bewertet und entsprechend priorisiert. Wenn die Ressourcen auf den Intensivstationen nicht ausreichen, wäre es, wie Ulrich Körtner festhält, „unethisch, einen Patienten in schlechtem Gesundheitszustand, auch wenn er das dringend wünscht, intensivmedizinisch zu behandeln, wenn dafür ein Patient mit weit besseren Überlebenschancen abgewiesen werden müsste.“
- Gerade bei Covid-19 sind die Überlebenschancen stark abhängig von Vorerkrankungen – und die Wahrscheinlichkeit, Vorerkrankungen zu haben, steigt mit dem Alter. Alter allein kann kein Kriterium für Triage sein, ebenso wenig Behinderung oder sozialer Status. Das verbieten der Grundsatz der **egalitären Basisgleichheit** und der entsprechende basale **Diskriminierungsschutz**.
- Ein zentraler ethischer Grundsatz ist jener der **Lebenswertindifferenz**. Der Deutsche Ethikrat hält dazu fest: „Jede unmittelbare oder mittelbare staatliche Unterscheidung

nach Wert oder Dauer des Lebens und jede damit verbundene staatliche Vorgabe zur ungleichen Zuteilung von Überlebenschancen und Sterbensrisiken in akuten Krisensituationen ist unzulässig. Jedes menschliche Leben genießt den gleichen Schutz. ... Der Staat darf menschliches Leben nicht bewerten, und deshalb auch nicht vorschreiben, welches Leben in einer Konfliktsituation vorrangig zu retten ist.“ Die Möglichkeiten des Staates, bindende Vorgaben für die Zuteilung knapper Ressourcen zu machen, sind also begrenzt. Das bedeutet nun nicht, dass es keine handlungsleitenden Vorgaben geben kann. Sie müssen vielmehr auf einer anderen Ebene festgelegt werden – man spricht hier von „Ebenen normativer Konkretisierung“. Deshalb wurden die Orientierungshilfen zur Intensivtherapie bei Covid-19-Patient/innen von medizinischen Fachgesellschaften ausgearbeitet.

- In diesen Orientierungshilfen werden **Verfahren** der Entscheidungsfindung bedacht. Sie sind Voraussetzung für konsistente und faire Priorisierungsentscheidungen. Wichtig ist, dass Entscheidungen nach dem Mehraugen-Prinzip erfolgen – unter Beteiligung von mindestens zwei Ärzt/innen und möglichst in einem interprofessionellen Team, zu dem auch Pflegende gehören. Entscheidungen sollen möglichst im Konsens getroffen und transparent dokumentiert werden.

In Berichterstattung und Debatten über Triage wurde immer wieder mit Begriffen wie „Auslese“, „Aussortieren der Alten“ oder „Euthanasie“ operiert. Das ist nicht angemessen und wird der Situation nicht gerecht. Wenn der Extremfall eintritt, müssen Entscheidungen getroffen werden. Unumgänglich. Sie dürfen nicht missverstanden werden als Urteile über den Wert eines Lebens. Wir stehen vor einem moralischen Konflikt, in dem es keine Lösung gibt, die das Gewissen nicht belasten würde, bei der nicht ein (moralischer) Schaden in Kauf genommen müsste.

Ob Triage, so der Extremfall eintritt und sie zur Anwendung kommen muss, in eine moralische Katastrophe führt, die nicht verantwortet

werden kann, entscheidet sich an der palliativen Versorgung. Diese muss, das halten alle Handlungsempfehlungen medizinischer Fachgesellschaften klar fest, in jedem Fall sichergestellt sein.

End of life decisions

Es ist bereits angeklungen: In der öffentlichen Wahrnehmung ist das Bild entstanden, dass jede Person, die an Covid-19 erkrankt, ein Intensivbett und künstliche Beatmung bekommen muss. Jede. Nicht: jede, die dies braucht. Wer tatsächlich eine intensivmedizinische Intervention braucht, hängt – ganz unabhängig von der Corona-Krise – davon ab, ob die Behandlung medizinisch sinnvoll und von der Patientin gewollt ist. Die Corona-Krise ist wie eine Lupe, unter der sich grundsätzliche Fragen deutlicher zeigen, wenn wir denn hinschauen. Immer und ganz besonders dann, wenn multimorbide Menschen mit infauster Prognose erkranken, muss gefragt werden: Soll eine lebensverlängernde Behandlungsmaßnahme durchgeführt werden? Und auch: Soll eine begonnene lebensverlängernde Behandlungsmaßnahme fortgesetzt werden? Diese Frage gehört für Ärzt/innen zum Alltag.

Für die ethisch fundierte Urteilsbildung gelten die vier >> **medizinethischen Prinzipien** als leitend. Bei jeder Behandlung bilden medizinische Indikation sowie Autonomie und Wille des Patienten/der Patientin die Grundlage für eine patientenzentrierte Entscheidung. Eine Intensivtherapie oder lebensverlängernde Behandlungsmaßnahme ist nicht indiziert, wenn der Sterbeprozess unaufhaltsam begonnen hat, die Therapie medizinisch aussichtslos ist, weil keine Besserung oder Stabilisierung zu erwarten ist, und die Behandlung mehr schadet und belastet als hilft. Patienten, die eine Intensivtherapie oder lebensverlängernde Behandlungsmaßnahme ablehnen, dürfen nicht behandelt werden (Straftatbestand der eigenmächtigen Heilbehandlung). In Argumentarium Nr. 1 zu Sterbehilfe wird dies genauer ausgeführt und begründet [[>> zum Weiterlesen](#)].

Das heißt nun nicht, dass Patient/innen, bei denen keine lebensverlängernde Behandlungsmaßnahme gesetzt bzw. selbige abgebrochen wird, gar keine Behandlung bekommen, sondern es erfolgt eine Therapiezieländerung von einem kurativen Behandlungsziel auf ein palliatives Behandlungsziel und *palliative care*. Die Festlegung des Therapieziels ist eine Gratwanderung zwischen Untertherapierung und Übertherapierung. Die ethische Reflexion hat gezeigt, dass hierzulande die Gefahr höher ist, in Richtung Übertherapierung abzugleiten als in Richtung Untertherapierung. Die zweite Gefahr ist die einer Intensivbehandlung ohne Klärung des Patientenwillens – ebenfalls ein „altes“ Problem, das nun einmal mehr deutlich wird: Wenn medizinische Notfälle eintreten, besteht häufig großer Handlungsdruck, der medizinische Interventionen mit dem Ziel der Lebenserhaltung quasi automatisch ablaufen lässt. In vielen Pflegeeinrichtungen von Trä-

gern, die (wie auch die Diakonie) Mitglieder im Dachverband Hospiz sind, wurde daher das Instrument des Vorsorgedialogs eingeführt. Bei Zeiten wird mit den Bewohnern und Bewohnerinnen über ihre Vorstellungen und Wünsche für die Sterbephase gesprochen. Auch darüber, welche Behandlungen noch gemacht werden sollen und welche nicht. In einigen Häusern, in denen der Vorsorgedialog eingeführt ist, wurden – unter Zuhilfenahme neuer Kommunikationsformen – mit den Bewohner/innen Evaluierungsrunden durchgeführt, bei denen ihre Wünsche und Ablehnungen unter Corona-Hinsicht überprüft wurden [[>> zum Weiterlesen](#)].

Solche Gespräche und verbindliche Festlegungen zu Therapieeskalation bzw. -limitation braucht es auch bei der Aufnahme von Covid-19-Patienten in stationäre Behandlung, wie die deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin in ihren Handlungsempfehlungen festhält.

... hier gibt es im Sinne eines „living-papers“ in künftigen überarbeiteten Ausgaben Raum für die Reflexion weiterer ethischer Dilemmata sowie sozialethischer Fragen im Kontext von Corona ...

Zum Weiterlesen

Deutscher Ethikrat: Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise. Ad-hoc-Empfehlung
<https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf>

"Wir haben die Menschen alleine sterben lassen", Interview mit Bodo Ramelow.
<https://www.zeit.de/2020/21/bodo-ramelow-corona-krise-krisenpolitik-altenpflege-gesundheitswesen>

Redaktionsnetzwerk Deutschland: „Corona ist mir egal“: Warum Helga Witt-Kronshage (86) lieber sterben will, als eingesperrt zu sein
<https://www.rnd.de/gesundheit/corona-ist-mir-egal-warum-helga-witt-kronshage-86-lieber-sterben-will-als-eingesperrt-zu-sein-3MEBDIOBEFA6BDULC4N5WGZJG4.html?fbclid=IwAR0pV9lOKzUWe6F8cKflUTLnp9KEA6xjKb0uumwCcZnyryvjvDdHhDKdhfk>

BM für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz: Empfehlung zur schrittweisen Lockerung der aufgrund der COVID-19 Pandemie erlassenen Besuchsbeschränkungen in Alten- und Pflegeheimen <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html>

VertretungsNetz: Individuelle Lösungen gesucht. Menschen zum Schutz vorsorglich einzusperren, kann nie das Mittel der Wahl sein
<https://vertretungsnetz.at/nd/news/individuelle-loesungen-gesucht>

Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin: Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie Klinisch-ethische Empfehlungen für Beginn, Durchführung und Beendigung von Intensivtherapie bei Covid-19-PatientInnen
https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/covid-19_ressourcenallokation_gari-statement_v1.7_final_2020-03-17.pdf

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin: Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie. Klinisch-ethische Empfehlungen
<https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file>

Sterbehilfe, IöThE-Argumentarium Nr. 1 (2015)
https://diakonie.at/sites/default/files/diakonie_oesterreich/ethik/ioethe_argumentarium_final.pdf

Dachverband Hospiz: der VSD-Vorsorgedialog und Covid 19
<https://www.hospiz.at/der-vsd-vorsorgedialog-und-covid-19/>

Impressum:

IöThE Argumentarium – Living Paper Corona Version 1 (Mai 2020)
Medieninhaber: Institut für öffentliche Theologie und Ethik der Diakonie
Herausgeberin und Autorin: Dr. Maria Katharina Moser

<http://ethik.diakonie.at>