

# Anleitung zum Sterbenlassen

Ein Dialog

ERHARD SCHÜTTPELZ & EHLER VOSS

*A und B sind frei erfundene Figuren. Sie entsprechen weder realen Personen noch konsistenten Positionen. Ihre Gedanken beschäftigen allerdings auch uns in dieser Form. Der Text wurde Ende März 2020 geschrieben, und das macht ihn zum Dokument des Nichtwissens über das, was danach kam. Was er dokumentiert und noch dokumentieren wird, wechselt allerdings immer noch, auch nach der Publikation.*

**A:** Die Ausrufung einer Pandemie aufgrund der weltweiten Verbreitung des SARS-CoV-2 genannten Coronavirus hat die ganze Welt in einen Ausnahmezustand versetzt, der wie alle Krisen durch eine grundlegende Unsicherheit und Unübersichtlichkeit geprägt ist. Gefordert sind Entscheidungen auf unsicherer Datenlage, die ihre Effektivität erst im Nachhinein erweisen können und aller Voraussicht nach auch in dieser Rückschau noch kontrovers bleiben werden. Dabei geht es um Leben und Tod, um die Wege der Ansteckung und ihre Vermeidung. Die Unsicherheit und Unübersichtlichkeit bezieht sich momentan auf die Identifizierung, Charakterisierung und Lokalisierung der Krankheit und ihre Bekämpfung, das heißt auf die Frage nach den Eigenschaften des Virus, seiner Gefährlichkeit und der bestmöglichen Weise, dieser zu begegnen. Dabei geht es weiterhin um die Frage, ob die pandemische Ausbreitung des Virus erhöhte Aufmerksamkeit verlangt oder die erhöhte Aufmerksamkeit den Tatbestand einer Pandemie erst erzeugt.

**B:** Was meinst Du mit „erzeugt“?

**A:** Ist jede Grippewelle in jedem Winter auch eine Pandemie, die aber nicht so genannt wird, weil sie unterhalb der öffentlichen Bewusstseinsschwelle verläuft und mit ihrer Sterberate nicht öffentlich diskutiert wird, so dass auch der Versuch einer gemeinsamen Verringerung der Sterberate kein Thema werden kann? Dann ergibt sich die Pandemie-Schwelle nur durch die Anerkennung, dass alle ihr Verhalten ändern sollen. Die Einschätzun-

gen schwanken derzeit noch zwischen der Annahme einer außergewöhnlichen und einer ganz gewöhnlichen Außergewöhnlichkeit des Virus, und die Unsicherheiten in der Beurteilbarkeit entstehen unter anderem durch vage und einander widersprechende Statistiken auf der Grundlage unklarer und unvergleichbarer Erhebungsmethoden. Die meisten Regierungen haben sich angesichts dieser Unsicherheit für eine Einschätzung der außergewöhnlichen Außergewöhnlichkeit des Krankheitserregers und damit für die Anerkennung einer Pandemie entschieden, die entsprechend außergewöhnliche Maßnahmen erfordert und teilweise von drastischer Kriegsmetaphorik und der Aussetzung gewohnter Freiheitsrechte begleitet wird. Allerdings hat jedes dieser Länder am Anfang nichts dergleichen getan, und auch jetzt gibt es mit Schweden noch ein Land in Europa, das sich ganz „normal“ – also ganz und gar außergewöhnlich – verhält. Während die anderen Länder nachrechnen und feststellen, sie hätten durch ihre vormalig „normale“ Gelassenheit vier bis sechs Wochen an Schutzmaßnahmen und vier bis sechs Wochen der Bewältigung und Anerkennung einer Pandemie verpasst. Das prospektiv-retrospektive Umarrangement ist jedenfalls unverkennbar und betrifft mittlerweile vermutlich jedes Land, jede Branche, jede Gruppe, jede Familie. Zeit und Raum sind aus den Fugen geraten, was sich daran zeigt, dass sie immer schon zu spät und zu früh aus den Fugen geraten sind.

**B:** Uns fällt das nur deshalb auf, weil wir uns an derlei Umarrangements gewöhnt haben, und weil

uns der Ländervergleich diese Veränderungen unter die Nase reibt. Auf einmal wurden wir in unsere Nationalstaaten eingeschlossen, und das ganz handgreiflich durch Schließung der Grenzen. Die Grenzen meines Körpers sind die meines Staates sind die der Gefährdung aller durch den Erreger SARS-CoV-2. Zumindest in meinem Leben bin ich noch nie derartig auf die Gleichung der Grenzen von Staat, Körper und menschlichem Kosmos reduziert worden. Wenn ich niese und das nicht in die Armbeuge, wackeln die Staatsgrenzen und kann mich die Obrigkeit zurechtweisen, aber auch die Öffentlichkeit im Namen des Staates und der Abwehr einer kosmischen Gefahr, die alle Menschen auf diesem Planeten betrifft. Alle Staatsbürger sollen möglichst schnell in ihren jeweiligen Staat zurückkehren. Es wäre ein Wunder, wenn dabei kein Messias geboren würde, denn Bethlehem ist momentan überall. Extreme Möglichkeiten der Überwachung durch Daten und anderswo auch durch Drohnen zwingen uns zu gutem Benehmen, und wir sind gleichzeitig Heiliger König und Sklave eines Regimes, das uns vor der Ansteckung mit einer unsichtbaren Macht schützen soll. Also eine Art Sklavenkönig.

**A:** Die Gefährdeten sind die Gefährlichen, schrieb Franz Baermann Steiner. Das betrifft auch den Wahnsinn. In Zeiten des Wahnsinns wird niemand wahnsinnig. Wenn das Gefährlichste, das die Wahnsinnigen verkörpern, die Ansteckung mit Krankheitserregern einer recht diffusen Diagnostik geworden ist, dann leben wir eigentlich in glücklichen, zugleich aber auch in zutiefst beunruhigenden Zeiten. Vor allem, wenn man sich vorstellt, dass all dies, diese Gedanken, diese Gefühle, massenweise und überall auf der Welt vorkommen müssen, dass sie überall aufgeschrieben und gedacht werden.

**B:** Eben deshalb sollten wir darüber nachdenken, ob das, was wir erleben, überhaupt noch unsere Welt mit ihren uns geläufigen Rollen, Arbeitsteilungen, Prämissen ist. Der jetzt entstandene Ausnahmezustand ist in dieser Woche noch die Erwartung eines Ausnahmezustands. Aber diese Erwartung hat in Deutschland eine Situation geschaffen, die unter anderem das für die meisten von uns herkömmliche Bild der Ärzt:innen verändert und ihre eindeutige Rolle als Heilende in

die ambivalente Rolle von Richter:innen überführt, die den Wert eines Menschenlebens bemessen und über Leben und Tod entscheiden sollen, und im Bedarfsfall auch müssen. Sicher, die Ärzt:innen sollen mit dieser Aufgabe nicht alleine sein, eigentlich sollen es drei Personen sein, zwei Ärzt:innen und eine Person vom Pflegepersonal, die zusammen entscheiden oder die das Geschehen gutheißen. Vor wenigen Tagen, am 25. März 2020, verabschiedeten und veröffentlichten sieben medizinische Fachgesellschaften gemeinsam im Internet unter dem Titel *Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie* „klinisch-ethische Empfehlungen“, mit denen sie Ärzt:innen und die Öffentlichkeit in Deutschland auf ein mögliches Nullsummenspiel in der Intensivstation vorbereiten.<sup>1</sup> Das Dokument besteht aus drei Teilen, die eine Einheit bilden: Einem Leitfaden, einem Flussdiagramm und einem Formular, das die Befolgung des Leitfadens dokumentiert. Der Leitfaden ist zugleich ein Flussdiagramm und ein Formular, könnte man sagen. Der Leitfaden geht davon aus, dass eine Situation entstehen kann, in der die entscheidenden Behandlungen und ihre Apparate ein knappes Gut werden, er beinhaltet ein „image of limited good“. Es geht um die damit verbundene Notwendigkeit, bei der Zuteilung von Ressourcen zu priorisieren: „Wenn die Ressourcen *nicht* ausreichen, muss unausweichlich entschieden werden, welche intensivpflichtigen Patienten akut-/intensivmedizinisch behandelt und welche nicht (oder nicht mehr) akut-/intensivmedizinisch behandelt werden sollen. Dies bedeutet eine Einschränkung der sonst gebotenen patientenzentrierten Behandlungsentscheidungen, was enorme emotionale und moralische Herausforderungen für das Behandlungsteam darstellt.“ Schon in der patientenzentrierten Entscheidung sind Ärzt:innen mit Grauzonen konfrontiert, wenn es etwa darum geht, den „mutmaßlichen Willen“ der Patient:innen festzustellen, auch durch eine mögliche Befragung von Angehörigen und Freund:innen, oder um den Punkt zu bestimmen, ab dem eine Therapie medizinisch aussichtslos ist oder „der Sterbeprozess unaufhaltsam begonnen hat“. Unter den Bedingungen der Knappheit werden diese Grauzonen deutlich größer. In der Situation selbst ergeben sich außerdem lokale Ungleichgewichte, denn je

nachdem, wo die Krise ausbricht und behandelt werden muss, sind mehr oder andere Apparate vorhanden: in der Notaufnahme, im Klinikzimmer oder in der Intensivstation. Aber diese situative Ungleichheit kann kein Handlungskriterium sein, auch wenn sie nicht einfach konterkariert werden kann. Angesichts solcher Umstände verlangt die Empfehlung der Fachgesellschaften das Unmögliche: eine Priorisierung unter Anwendung des Gleichheitsprinzips. Auf den entscheidenden, auch juristisch relevanten Zwiespalt wird auch in der Empfehlung hingewiesen: „Aus verfassungsrechtlichen Gründen dürfen Menschenleben nicht gegen Menschenleben abgewogen werden. Gleichzeitig müssen Behandlungsressourcen verantwortungsbewusst eingesetzt werden. [...] Eine abschließende juristische Einordnung ist nicht Gegenstand dieser Empfehlungen.“

**A:** Vielleicht hat man dem Text einfach zu viel zugemutet, denn wenn man ein „image of limited good“ entwirft und damit Menschenleben gegen Menschenleben setzt, die nicht allesamt gerettet werden können, zumal wenn sie auf die Begrenztheit der letzten Rettungsmittel stoßen, dann kann man eigentlich nicht gleichzeitig schreiben, dass nicht abgewogen werden darf. Vielleicht sagt der Text damit auch einfach, dass nicht sein kann, was nicht sein darf, und dass es nicht vorkommen und daher auch niemals in den Dokumenten erscheinen soll. Immerhin handelt es sich ja um eine Anleitung zum Ausfüllen von Dokumenten.

**B:** Man kann sagen, dass entweder dem Text zu viel zugemutet wurde, oder den Ärzt:innen zu viel zugemutet wird. Oder die Ärzt:innen werden durch diesen Text entlastet, weil ihnen die Spielregeln verdeutlicht werden, nach denen die Texte verfasst werden, mit denen sie Rechenschaft ablegen können. Weder die Art der Krankheit, noch das Alter, noch soziale Kriterien sollen eine Rolle spielen und auch nicht der Ort der Versorgung – Notaufnahme, Allgemeinstation, Intensivstation –, sondern allein das „Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht“.

**A:** Der Gleichbehandlungsgrundsatz bedeutet dann vor allem, dass man weiß, auf was man sich nicht beziehen darf. Zum einen bedeutet eine Verortung der Patient:innen in entweder Notaufnahme,

Allgemeinstation oder Intensivstation schon eine Kategorisierung, die von einer Priorisierung der Handlungsoptionen aufgrund des Ortes ausgeht. Eine Notaufnahme ist keine Intensivstation, und sie hat auch nicht die Aufgabe, die Handlungsweisen der Intensivstation in jedem entsprechenden Fall vorwegzunehmen. Wenn nur das Alter bekannt ist, entstehen Vermutungen über die Kategorien Gebrechlichkeit und Komorbidität. Und was macht man in Situationen der Abwägung, also des Vergleichs, mit jungen Müttern oder Familienvätern in ähnlich prekärer Lage? Über den Einfluss sozialer Kategorien lässt sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur spekulieren, aber auch hier ist es unwahrscheinlich, dass sie keine Rolle spielen werden, wenn Leute aus ganz verschiedenen sozialen Lagen ihren Weg durch die Intensivstationen nehmen. Das Dokument verlangt das Unmögliche und das Notwendige und besagt vor allem eins: Diese Kriterien dürfen für die Entscheidung nicht geltend gemacht werden, egal wie wahrscheinlich oder auch unausweichlich diese Kriterien in die Entscheidung eingehen. Die Empfehlung und das Formular regeln den bürokratischen Ablauf des Sterbeprozesses, das heißt sie geben dem Pflegepersonal Anweisungen, wie der bürokratische Prozess für die Beteiligten abzulaufen hat, ohne dass sie für die Nichteinhaltung des Unmöglichen haftbar gemacht werden können.

**B:** Wenn ich diese Anleitung lese, frage ich mich nicht ohne Beklemmungen, warum ein solches Dokument überhaupt existiert, und wenn es existiert, warum es dann veröffentlicht wurde, und wenn es schon veröffentlicht werden muss, warum es dann fröhlich und sarkastisch im Radio diskutiert werden kann. Im Radio habe ich im Anschluss an diese Veröffentlichung tatsächlich Sachen gehört, die ich niemals für möglich gehalten hätte. So wurde eine Notfallärztin gefragt, ob es Situationen in der Unfallbewältigung gebe – etwa nach einem größeren Verkehrsunfall –, in denen man sich für jüngere oder ältere Patient:innen entscheiden müsse. Und tatsächlich lautete die Antwort, sie müsse lügen, wenn sie sagen würde, dass das in solchen Momenten keine Rolle spiele. Ich fragte mich in dem Moment allen Ernstes, ob es nicht für alle Beteiligten besser gewesen wäre, den Mund zu halten, oder zu lügen, oder die Aussage zu löschen, oder die Sen-

dung abzusagen, oder mir die Ohren zuzuhalten, oder zumindest die Ohren der Kinder, die das hören könnten. Sollte es nicht doch einfach Bereiche des ärztlichen Lebens geben, die so tabu bleiben, dass sie nicht durch einen Leitfaden durchdekliniert werden können? Oder dass diese Leitfäden nur handschriftlich weiterverteilt werden? So dass alle, die in ihre Anwendung initiiert würden, ihn erst einmal abschreiben müssten?

**A:** Warum sollte das tabuisiert werden? Schließlich befinden wir uns hier in einem der reichsten Länder der Welt mit immer noch einer der besten Gesundheitsversorgung der Welt, und es ist weltweit gesehen ein Luxus, dass sich die meisten von uns in Deutschland bisher über die beschriebenen Formen der Triage kaum Gedanken machen mussten. Das ist sozusagen unser blinder Fleck, denn Triage ist Alltag in den meisten Krankenhäusern des Globalen Südens, und das nicht nur in Pandemiezeiten. Und angesichts der weltweiten Verteilung von medizinischen und anderen lebenswichtigen Gütern stellt sich die Frage, wie weit man den Begriff der Triage ausweiten möchte. Das fängt bei der Beschaffung und Verteilung von Organspenden an und hört bei der ungleichen Verteilung von Nahrungsmitteln nicht auf. Auf jeden Fall ist Triage immer an Knappheit und Verknappung geknüpft, und diese ist immer erklärungsbedürftig: Wer ist wie betroffen und wer profitiert davon? Ihre Tabuisierung verhindert die Thematisierung ihrer Ursachen und damit die Möglichkeit zur Veränderung. Eine Tabuisierung der Triage naturalisiert und stützt die mit ihr verbundenen Ungerechtigkeiten. Wäre daher nicht gerade das Gegenteil angezeigt? Worin siehst Du das größte Problem bei einer öffentlichen Thematisierung von Triage?

**B:** Darin, dass diese Anleitung auch von allen gelesen wird, die es betrifft. Also all jene Leute mit Vorerkrankungen, die bei einer entsprechenden Aufnahme-Klassifizierung schon wissen, dass sie im Fall der Knappheit nicht bevorzugt werden. Dabei ist es erst einmal ganz egal, ob es sich dabei um ansonsten Privilegierte handelt, denn in dem Moment sind sie es ebenfalls nicht mehr. Diese Leute können sich überlegen, lieber zuhause zu bleiben, oder freiwillig zu verzichten, oder sie schauen mit Angst auf die Welle Neu-

kömmlinge, die dazu führen könnte, dass ihnen der Stecker gezogen wird. Oder ihre Angehörigen schauen mit einem analogen Misstrauen auf diese Welle. Ich kann mir die Situationen ausmalen, die Flüche, die Schreie, das Formular. Ich kann mir auch ausmalen, dass zum Schreien und Fluchen die Kraft fehlt, oder nur noch eine letzte infauste Greisenfaust anklagend zum Himmel – oder zur Deckenleuchte – gereckt wird, ohne weitere Worte. Meinem Empfinden nach sollte es keine Anleitung geben, die Ärzt:innen zu regelbefolgenden Entscheider:innen über Leben und Tod macht. Und wenn sie tatsächlich gezwungen würden, über Priorisierungen in dieser Hinsicht zu entscheiden, dass sie dann nicht von Fachgesellschaften abgesegnet „richtig“ handeln sollen, und zwar egal, ob diese Richtlinien so gestrickt sind, dass sie gar nicht falsch handeln können, oder so, dass sie genau wissen, dass sie auch falsch handeln können und das überprüfen müssen. Denn im ersten Fall sind sie auf viel schlimmere Weise Entscheider:innen über Leben und Tod, aber ihr Gewissen wird über Gebühr entlastet; und im zweiten Fall sind sie ebenfalls Entscheider:innen über Leben und Tod, und alle, auch die Patient:innen, soweit sie noch können, beobachten sie darauf hin, ob sie richtig handeln oder nicht. Und alles das kommt mir falsch vor, denn wenn es soweit kommt, dann hat eine Veröffentlichung unabsehbare Folgen für die Patient:innen, die das erwarten, und für die Ärzt:innen, die danach handeln sollen. Es ergibt sich ein unweigerlicher Verstärkereffekt für die Patient:innen, mit Erwartungen, die töten können; und einen Ambivalenzeffekt für die Ärzt:innen. Wir haben es mit Menschen zu tun, die sich überlegen, was sie aus einer Situation machen, die über Leben und Tod entscheidet. Und wenn sie wissen, wie diese Situation aussieht, werden sie versuchen, diese Situation zu ihren Gunsten zu gestalten. Das kann aber den paradoxen Effekt haben, dass sie die Situation als hoffnungslos empfinden und auf jeden weiteren Schritt verzichten. Oder dass sie in Panik geraten, weil sie Weggabelungen befürchten müssen, bei denen sie auf die falsche Seite geraten. Und was sollen Ärzt:innen tun, die mit Patient:innen rechnen müssen, die ebenfalls den Leitfaden gelesen haben? Gibt es dafür auch einen Leitfaden?

**A:** Der Leitfaden ist ein Teil unserer Bürokratie, der Erzeugung von Indifferenz. Er ist mit seinem Flussdiagramm und seinem Formular eine Ermächtigung zur Kontingenzeinschätzung, die den Handlungsspielraum des Personals erweitert. Und diese Kombination kann zur Entlastung von schlechtem Gewissen und schlechten Entscheidungen führen, wenn in dem Ablauf des bürokratischen Verfahrens die Entscheidung über Leben und Tod ohne Ansehen der Person nicht eingehalten wird oder werden kann. Mit dieser Offenlegung der bürokratischen Anleitung zur Einleitung eines Sterbeprozesses unter Bedingungen der Knappheit gerät eine Diskussion in die Öffentlichkeit, die bisher aus guten Gründen tabuisiert war: Es geht um die Bemessung des Wertes eines Menschen und die Frage des Menschenopfers. In den USA gerieten diese Fragen schon Tage vorher ins Zentrum der Diskussion, polemisch zugespitzt bis zu der Frage, ob man sich oder seine Großeltern für die Wall Street zu opfern bereit sei.

**B:** Eine entscheidende Frage bleibt für mich, wo die Kriterien dieser bürokratischen Anleitung bisher vermerkt waren. Offenbar wird nun etwas öffentlich verallgemeinert, was vorher als Arbeitswissen vorhanden war und nur in Einzelfällen zum Tragen kam. Die Frage bleibt, ob die Einschätzung der Fachgesellschaften, dass ein solches Vorgehen nicht nur die beteiligten Teams entlastet, sondern auch „das Vertrauen der Bevölkerung in das Krisenmanagement in den Krankenhäusern stärken“ wird, sich bewahrheitet. Eine Krise fordert Entscheidungen auf unsicherer Datenbasis. Die Entscheidungshilfen der Fachgesellschaften, die in Zeiten der Unsicherheit die Sicherheit auf Seiten der Ärzt:innen erhöhen sollen, reduzieren diese gleichzeitig auf Seiten der Patient:innen. Damit werden die *Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin*

*im Kontext der COVID-19-Pandemie* zur möglichen Todesdrohung für alle, die sich gesundheitlich zu Risiko- und sozial zu Randgruppen rechnen müssen. Natürlich nur, wenn die Ausrüstung knapp wird und alle wissen, dass diese Tatsache zu solchen Entscheidungen zwingt. Wir werden sehen, wie diese Drohung sich bewahrheitet oder nicht. Im Nachhinein werden wir einen Teil davon voraussichtlich an den Mortalitätsstatistiken und ihren Formularen ablesen können, und wir werden Anekdoten zu hören bekommen, in denen Menschen dem Leitfaden ausgesetzt waren. Es wäre ein Wunder, wenn dies auf allen Seiten der Formularausfüllung ohne Uminterpretationen und falsche Angaben ablaufen könnte.

**A:** Diese Uminterpretationen – zuerst wollte ich Lügen sagen – scheinen mir unausweichlich, und es fällt mir schwer, sie zu verurteilen. Und das, obwohl sie kaum zur Verteilungsgerechtigkeit beitragen dürften.

**B:** Im Gegenteil.

### Anmerkung

**1** Es handelt sich um folgende Fachgesellschaften: Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA), Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN), Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Akademie für Ethik in der Medizin (AEM). Veröffentlicht wurden die Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie unter anderem auf der Seite der DIVI unter <https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/covid-19-dokumente/200325-covid-19-ethik-empfehlung-v1.pdf> [26.03.2020].

**ERHARD SCHÜTTPELZ** ist Professor für Medientheorie am Medienwissenschaftlichen Seminar der Universität Siegen.  
Universität Siegen, Medienwissenschaftliches Seminar  
Herrengarten 3, 57072 Siegen  
e-mail: schuettpelz@medienwissenschaft.uni-siegen.de

**EHLER VOSS** ist Vertretungsprofessor für Ethnologie am Institut für Ethnologie und Kulturwissenschaft der Universität Bremen.  
Universität Bremen, Institut für Ethnologie und Kulturwissenschaft  
Enrique-Schmidt-Str. 7, 28359 Bremen  
e-mail: ehler.voss@uni-bremen.de