

Florian-Sebastian Ehlert:

Eine Gesellschaft zwischen Koma und Weaning

Betrachtungen in Corona-Zeiten aus medizinethischer und seelsorglicher Perspektive

Einige Geschäfte öffnen bereits, manche Mitarbeitende kehren aus dem Homeoffice zurück, dennoch bleiben weite Teile des gesellschaftlichen Lebens bis auf weiteres ausgesetzt: Keine Geselligkeit in Restaurants, keine Urlaubsreisen, keine größeren Events. Der Lockdown ist so etwas wie ein künstliches Koma für die Gesellschaft.¹

Auf einer Intensivstation ist ein künstliches Koma ein Hilfsmittel für therapeutische Maßnahmen. Für die Einleitung einer Therapie braucht es eine Indikation, ein Therapieziel sowie die Einwilligung des Patienten. In diesem Bild ist die Indikation, d.h. die Begründung der therapeutischen Maßnahme die Eindämmung der Pandemie durch das Virus Covid19. Die therapeutischen Maßnahmen sind die Kontaktverbote, um Ansteckungsmöglichkeiten zu minimieren. Ziel der Therapie ist es, die Kapazitäten des Gesundheitswesens nicht zu überlasten. Der Patient, die deutsche Gesellschaft als Sammelbegriff, wurde nur bedingt um Einwilligung gebeten. In dieser Notsituation hat die Politik als zuständige Instanz entschieden. Aber der Patient, d.h. die meisten Menschen als Individuen haben dieser Therapie zugestimmt: Indikation und Patientenwillen kamen überein, dass diese Therapie umgesetzt werden sollte. Wie es scheint, ist das Therapieziel vorerst erreicht. Die Frage ist, ob das Therapieziel bei den nun anstehenden Lockerungen erreichbar bleibt.

Ein künstliches Koma ist ein komplexer Vorgang. Auf der einen Seite gibt es eine Notwendigkeit dieser Maßnahme. Aber es gibt auch viele Risiken, z.B. Vorerkrankungen, mögliche Nebenwirkungen, ein ungewisser Ausgang. Bei Entscheidungen über die Einleitung und, vor allem bei komplexen Therapien, deren Fortführung spielen die Abwägungen von zwei medizinischen Prinzipien² eine Rolle: Eine Therapie soll ein Ziel, bzw. einen Benefit haben. Daneben geht es darum, Schaden zu vermeiden (Non-Malefizenz). Koma-Therapien können einen großen Nutzen haben: z.B. bei schweren Verletzungstraumata fördert die zur-Ruhe-

¹ So benannte es Hermann-Josef Tenhagen im Gespräch:

https://www.deutschlandfunkkultur.de/wirtschaftsjournalist-hermann-josef-tenhagen-weniger-geld.970.de.html?dram:article_id=474610. Genau genommen handelt es sich bei der therapeutischen Maßnahme um eine Sedierung, die ein künstliches Koma zur Folge hat. Für alle Internet-Quellen gilt: Abruf am 21.4.2020.

² Tom L. Beauchamp, James F. Childress: Principles of Biomedical Ethics, Oxford 7²⁰¹³.. Sie beschreiben vier medizinethische Prinzipien: Dem Nutzen einer Therapie (Benefizienz), die Schadensvermeidung (Non-Malefizenz), Die Autonomie des Patienten sowie die Gerechtigkeit.

Stellung den Heilungsprozess. In solch einem Fall kann man die zu erwartenden Belastungen möglicherweise in Kauf nehmen.

Es gibt aber auch spezifische Nebenwirkungen einer Komatherapie, z.B. kann das Unterbewusstsein weiterhin aktiv bleibt. Das Bewusstsein ist sediert, man spürt nichts, aber das Unbewusste bleibt aktiv kann unablässig Träume produzieren. Normalerweise kann man, wenn es zu arg wird mit den Träumen, aufwachen und sich davon überzeugen, dass das Leben in echt noch intakt ist und dass der Traum ein Traum war. Im Koma geht das nicht, da enden der Traum und vor allem auch der Alptraum nicht.

Auf das Koma folgt die Phase des Aufwachens. Ein wichtiger Zwischenschritt ist das Weaning: Schrittweise lernen die Patienten, selbst zu atmen. Da ist der ganze Mensch herausgefordert, er muss lernen, der eigene Atmung zu vertrauen. Gelegentlich zeigt sich ein Durchgangssyndrom, ein Zustand von großer Verwirrtheit und Orientierungslosigkeit. Wer aus dem Koma aufwacht, hat mit verschiedenen träumenden Heimsuchungen zu tun und muss dann beginnen Traum und äußere Realität zu unterscheiden. Ein Koma hat etwas traumatisierendes. Manche Patienten bekommen paranoiden Zustände. Sie erfahren, was alles mit ihnen gemacht wurde, während sie passiv dem ausgeliefert waren. Das Aufwachen aus dem Koma ist ein komplexer Prozess.

Welche Nebenwirkungen, welchen Schaden bewirkt die gegenwärtige Koma-Therapie unserer Gesellschaft? Wie man bei Komatherapien sehen kann, bleibt das Unbewusste wirksam, es lässt sich nicht sedieren. Welche spezifischen Ängste werden spürbar? Wird nun jeder, der Mundschutz trägt, als mögliche Infektionsquelle gesehen? Welche soziale Paranoia macht sich breit? Wie wirkt es sich bei den frühpubertierenden Kindern aus, die keine Struktur mehr vorfinden und nun nächtelang Fortnite spielen? Wie wirkt es sich bei kleinen Kindern aus, die keine Gleichaltrigen mehr vorfinden und insofern auch keine Repräsentanten einer Realität, die ein heilvolles Korrektiv ihrer inneren Phantasie abbilden? Was heißt es, wenn sie ohne Rahmung in ihre Phantasiewelten abgleiten? Wie wirkt es sich aus, wenn man in jedem Menschen, der einem entgegenkommt, eine mögliche Ansteckungsgefahr sieht? Es gibt paranoide Züge in der Gesellschaft, die sich z.B. in Hamsterkäufen geäußert hat.

Welche sozialen Folgen sind zu erwarten? Was heißt es, wenn auch Flüchtlinge nicht mehr einreisen dürfen? Welche neuen Formen des Zusammenlebens bilden sich aus? Welche Genderaspekte lassen sich wahrnehmen: Die systemrelevanten Berufe im Einzelhandel und in der Pflege sind in der Regel schlecht bezahlt und werden mehrheitlich von Frauen ausgeübt.

Es gibt noch einen weiteren Aspekt. Unter Coronabedingungen vollzieht sich ein Paradigmenwechsel in der Medizinethik. Das Zusammenspiel von ärztlicher Indikation, Therapieziel und Prognose sowie der Einwilligung des Patienten als Ausdruck seiner Autonomie sowie eine Schaden-Nutzenabwägung war immer ein wesentlicher Bestandteil medizinethischer Praxis und deren Reflexion. Das hat sich nun geändert. Nun kommen die beiden anderen

medizinethischen Prinzipien ins Spiel: Das Gegenüber von Autonomie und Gerechtigkeit. Autonomie bezieht sich auf den Einzelnen, Gerechtigkeit auf das soziale Ganze.

Das Einzelne und das Soziale stehen in einem besonderen Verhältnis zueinander. Wir erleben dies, wenn wir im Einzelnen einem Menschen begegnen und unwillkürlich das Risiko einer Ansteckung überschlagen. Etwas Anderes ist es, die generellen Kontaktbeschränkungen als eine gesamtgesellschaftliche Maßnahme gutzuheißen. Was im Allgemeinen richtig und nachvollziehbar erscheint, kann in einer Einzelbegegnung anders bewertet werden.

Wenn man jetzt wieder auf die Gesellschaft schaut, kann man sagen, dass aus einer patientenzentrierten Ausrichtung des Gesundheitswesens eine gesellschaftszentrierte Ausrichtung geworden ist. Das Gesundheitswesen als soziale Dimension soll ja vor einer Überlastung bewahrt werden.³

Damit kommt ein neuer Aspekt in den Blick: Die Triage. Hier treffen die Dimensionen der individuellen Autonomie und der sozialen Frage nach Gerechtigkeit aufeinander.⁴ Die Bilder vieler Verstorbener, wie sie aus Bergamo oder New York zu uns kamen, haben auch bei uns eine Wirkung entfaltet. Eine war bisher, dass durch das Koma der Gesellschaft es den Ärzten erspart geblieben ist, in Dilemmasituationen über Tod und Leben entscheiden zu müssen. Wenn zwei Menschen auf ein Beatmungsgerät angewiesen sind, aber nur eines zur Verfügung steht – wie ist dann zu entscheiden?

Die Triage kam mit Napoleon auf. Auch hier gab es abzuwiegen: Welche individuelle Not der Verletzten galt es zu behandeln? Andererseits hatte das Militär ein Interesse daran, dass möglichst viele Soldaten möglichst schnell wieder kampffähig waren. Das mögliche Interesse Einzelner stand gegen das Interesse des Militärs als einer sozialen Größe.

Man kann dies eine rechtfertigende Pflichtenkollision nennen: Wenn man nur einen Menschen therapieren kann, dann macht man sich zumindest nicht strafbar. *Ultra posse nemo obligatur*: Über das Können hinaus wird niemand verpflichtet und auch nicht zur Rechenschaft gezogen werden.

Aber es bleibt tragisch, Schuld und Schuldgefühle bleiben unausweichlich. Dieser moralische worst-case ist bei uns (zunächst?) ausgeblieben.

In der derzeitigen Pandemie gilt:⁵ Jene, die die Therapie absolut brauchen sollen Zugang zu dazu erhalten, und innerhalb dieser Gruppe jene, die eine große medizinische Erfolgswahrscheinlichkeit haben. Aber dieses Kriterium hat einige Unschärfen: Woran misst sich ein me-

³ Eine mögliche Folge könnte sein, dass die Gesellschaft, auf das Soziale, auf das Gemeinschaftliche dem Einzelnen gegenüber einen neuen Stellenwert bekommt.

⁴ Die folgenden Überlegungen beziehen sich auf das Feature „Die Knappheit, das Alter und der Tod. Die Triage in Zeiten der Pandemie, gesendet am 16.4.2020 im Deutschlandfunk Kultur, in der Mediathek zu finden unter: <https://srv.deutschlandradio.de/themes/dradio/script/aod/index.html?audioMode=2&audioID=3&state=>

⁵ Vgl. die Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und anderer medizinischer Fachgesellschaften: <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file>

dizinischer Erfolg? Heilung? Am Leben bleiben? Stabilisierung? Und wie misst man Wahrscheinlichkeit? Ärzte sind es gewohnt, Therapieprognosen z.B. bei Aufklärungsgesprächen in Prozenten zu beziffern. Dazu gibt es verschiedene Scores, z.B. den CFS (clinical frailty scale). Was man beziffern kann, kann Beruhigung vermitteln. Aber in der Pandemie bei einem noch unbekanntem Erreger kommen die Scores an ihre Grenzen.

So gibt es zunächst einmal eine Verantwortungsdiffusion: Wer soll entscheiden? Der Gesetzgeber? Ein Gericht? Eine Ethikkommission? Die Verantwortung wird gerne weitergereicht, so landet sie beim Arzt. Soll seine Intuition entscheiden? Auch eine unmoralische Intention ist ein Inneres, das von außen nicht einzusehen ist. Es gibt kein Gesinnungsstrafrecht.

Strafrechtler wie Tonio Walter meinen, dass das Los entscheiden soll.⁶ Das Los entscheidet zwar ohne Ansehen der Person, führt aber mitunter zu absurden Situationen. Alternativ könnte danach entschieden werden, dass behandelt wird, wer zuerst kommt. Soll jemand nicht behandelt werden, weil der Rettungswagen einen Umweg gefahren ist? Es gibt Überlegungen, ähnlich wie in den napoleonischen Kriegen, dass Pflegende und medizinisches Personal bevorzugt behandelt werden? Vielleicht aus Ausgleich, weil sie selbst einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt sind? Weil sie dafür sorgen, dass wieder andere besser geheilt werden? Dieser Gedanke ist utilitaristisch. Die Frage ist, was nützlich ist und ob man ein Menschenleben zum Zweck nehmen kann.

Soll das Alter zählen? In Deutschland ist es ein Tabu, dies zu denken. Hier redet man von Altersdiskriminierung. In Italien haben viele Ärzte in Dilemmasituationen jüngeren Patienten den Vorzug gegeben. Dabei ist zu bedenken: je älter ein Covid19-Patient ist, desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass er die Beatmung nicht überlebt.⁷ Es ist eine Weichenstellung: Intensivmedizin oder Palliativmedizin? Das Sterben unter Beatmung ist einsam und oftmals unwürdig. Manchmal sind die Mitarbeitenden der Stationen fürsorglich und gewähren Angehörigen den Zugang zu den Sterbenden. Erlaubt ist das nicht. In der Palliativmedizin gilt das Besuchsverbot nicht, sie ermöglicht ein eher ein würdiges Sterben.

An dieser Stelle sollten die Möglichkeiten der Gesundheitlichen Vorsorgeplanung⁸ vermehrt genutzt werden: Vor allem ältere Menschen könnten für sich überlegen, wie sie es dann im Fall der Fälle halten wollen. Und mit ihren Überlegungen leisten sie einen Beitrag dazu, dass die Ärzte moralisch entlastet werden.

⁶ Tonio Walter ist Professor für Strafrecht, Strafprozessrecht, Wirtschaftsstrafrecht und Europäisches Strafrecht an der Universität Regensburg sowie Richter am Bayerischen Obersten Landesgericht. <https://www.zeit.de/gesellschaft/2020-04/corona-krise-aerzte-krankenhaeuser-ethik-behandlungen-medizinische-versorgung>.

⁷ Wichtigster Faktor für das Überleben der schweren Verläufe ist das Lebensalter. Nur 27,1 Prozent der Patientinnen und Patienten über 80 Jahre überlebten die Beatmung. Unter den 70- bis 79-Jährigen überlebten 31,3 Prozent. In der Altersgruppe 60 bis 69 Jahre wurden 43,6 Prozent der Betroffenen lebend entlassen und bei den 50 bis 59-Jährigen 58,9 Prozent. Quelle: <https://www.heilpraxisnet.de/naturheilpraxis/covid-19-bei-maschinellem-beatmung-hohe-sterberate-20200416512792>

⁸ In Folge der Sterbehilfediskussion 2015 wurde im Sozialgesetz der Passus der Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§ 132g SGB V) eingesetzt. Hier geht es um die abrechenbare Beratung zur Verfassung einer Patientenverfügung oder eines Bogen für die Ärztliche Anordnung im Notfall.

Diese Pandemie stellt die Gesellschaft vor neue Herausforderungen. Bisherige Großschadenslagen waren einmalige, räumlich und zeitlich begrenzte Schockzustände, z.B. das Zugunglück von Eschede oder das Attentat am Weihnachtsmarkt am Breitscheidplatz in Berlin. Jetzt zieht sich das über eine unabsehbar lange Zeit hin. Und es betrifft die gesamte Weltbevölkerung.

Paradox zu dieser zeitlichen Entgrenzung steht die Erkenntnis, dass dieses Virus uns die Begrenztheit der eigenen Lebenszeit vor Augen führt. Es geht dann um eine Ethik der Zeitlichkeit. Und als Folge davon um die Auseinandersetzung mit der – auch eigenen - Sterblichkeit. Gerade in Zeiten der Pandemie.

Kommen wir an dieser Stelle zu Eindrücken aus dem Krankenhaus: Angehörige dürfen ihre Patienten nicht mehr besuchen. Diese Patienten sind nun einzig auf das medizinische Personal angewiesen, das in der Regel engagiert und mitfühlend auf die Patienten eingeht. Aber: Das Personal selbst spürt die Gefährdungen. Und vor allem in den Alten- und Pflegeheimen zeigt sich, dass die Besuchsverbote dazu führen, die Menschen in ihrem Sterben zu verlassen und damit allein zu lassen.

Sterben ist ein eigener Prozess, ein eigener Abschnitt jeder Lebensgeschichte. Seelsorge als Profession im Gesundheitswesen hat eine Rolle, gerade im Umgang mit Ohnmacht, Hilflosigkeit, Abschied und Trauer. Sie ist aber auch eine Ressource bei ethischen Entscheidungen bis hin zur Begleitung von Mitarbeitenden in Zuständen von moral distress.⁹

Die Krankenhauseelsorge war am Anfang des Lockdown mitunter ausgebremst. Einige, vor allem private Krankenhausträger haben Seelsorgenden wie den Besuchern Zugangsverbote erteilt. Damit war Krankenhauseelsorge als eine Profession im Gesundheitswesen und Teil des Gesundheitswesens ausgesperrt. Hier werden das Professionsethos und die ethische Relevanz von Seelsorge erkennbar. Politisch hat es mittlerweile Klärungen gegeben. Viele Stationen wollen – aus völlig berechtigten Gründen – die Zahl der Menschen reduzieren, um Ausbreitungen des Corona-Virus zu vermindern. Die Fürsorge der Einrichtungen galt jenen Menschen, die besonders gefährdet sind, wie Krebspatienten.¹⁰ Seelsorge war auch von der allgemeinen Sedierung erfasst. Sie standen vor einem Dilemma: Sind sie heilsam, oder gar eine Gefahr? Und was ist, wenn sie nichts tun können: Gehen sie dann nach Hause, mit einer Anrufweiterleitung? Oder ins Büro, und wie gehen sie mit dem Nichtstun um? Mit dem nicht-gebraucht-werden? Und wie mit der Angst, sich anzustecken? Seelsorgende sind ob ihrer Profession Sensoren von Stimmungen. Seelsorgende tragen ob der Übertragungsmechanismen und deren Reflexion viele dieser Stimmungen in sich selbst aus. Wohlmeinende

⁹ Moral distress bezeichnet die Belastungen bei medizinischen Personal, wenn sie entgegen ihrer eigenen moralischen Intuition oder ihres beruflichen Ethos anarbeiten müssen, weil z.B. die institutionellen Rahmenbedingungen, hoher Arbeitsdruck o.ä. keine Entscheidungsspielräume mehr zulassen.

¹⁰ Vgl. den Ausbruch von covid-19-infektionen auf einer Krebsstation des UKE:

<https://www.ndr.de/nachrichten/hamburg/Corona-Ausbruch-auf-Krebs-Station-des-UKE,uke590.html>

Handreichungen wie jene von Traugott Roser et.al.¹¹ liefern einen wichtigen Hinweis, was alles in diesen Zeiten zum Schutz und zur Wahrung von Würde von Krankheit und Sterben bedacht werden sollte. Wenn sie also als ein sozialer Appell gelesen werden, stehen sie im Einklang zum Tenor dieser Überlegungen. Werden sie dagegen als eine individuelle Handlungsempfehlung verstanden, haben auch einen unproduktiven Effekt: Dann sind sie einseitig normativ und auch überfordernd. Sie sind aus der Perspektive einzelner Seelsorgenden oder Spiritual-Care-Workers zu sehr daran orientiert, was zu sein hat. Ein wesentlicher Kritikpunkt ist, dass die seelische Verfasstheit der Seelsorgenden als Ressource nicht in den Blick kommt. Themen wie Ohnmacht, das Ausgebremstsein, Trauer über all das, was derzeit nicht geht, die Kränkung, dass all die Projekte, Programme, Vorhaben einfach so, sang und klanglos abgesagt werden mussten. An der Seelsorge lässt sich etwas ablesen. Wenn sie diese Selbstreflexion bewusst als Teil seelsorglicher Arbeit versteht, kann dies dazu führen, dass sie stellvertretend für die Gesellschaft seelische Arbeit leistet.

Der Zugang von Krankenhauseelsorge in den Institutionen des Gesundheitswesens hat auch mit der Würde des Sterbens zu tun.¹² Wie gezeigt, hat das Alleinstellungsmerkmal des Lebensschutzes zur Folge, dass das Sterben und der Tod als ein eigener Casus wie in früheren Zeiten¹³ verdrängt werden. Um Leben zu schützen, dürfen schwerstkranke Menschen in Krankenhäusern sowie und Hochbetagte in Pflegeheimen nicht mehr besucht werden. Das bedeutet aber dass Menschen einsam sterben. Das ist unwürdig. Und es bleibt die Gefahr, dass um des Lebensschutzes willen die Sterbenden und jene, die dem Sterben nah sind, also Alte und/oder Kranke, auch ohne Covid19-Erkrankung mit ausgegrenzt werden.

Zu einer Ethik gehört auch die anthropologische Frage, was Menschen denn elementar zum Leben, insbesondere für den letzten Lebensabschnitt, das Sterben brauchen. Dazu kommt die Überlegung, ob es gerechtfertigt ist, diese notwendigen Lebensmittel um des Lebensschutzes willen zu suspendieren.

Wieder einmal steht das Universale mit dem Einzelnen in einem Spannungsfeld. Den Zugang zum Krankenhaus oder Pflegeheim zu versperren ist ein autoritärer und eine allgemeine Regel begründender Akt. Das kann man organisieren und kontrollieren. Dagegen steht das individuelle Sterben, das einer ganz anderen Logik gehorcht. Das individuelle Sterben ist letztlich nicht planbar und unverfügbar. Es zeigt sich, dass universale Lösungen ein Legitimationsproblem bekommen können, wenn sie im Einzelnen nicht, oder nicht mehr plausibel und nachvollziehbar sind. Es geht dann auch darum, jenseits der monoprinzipiellen Regelungen für alle im Einzelfall nach kreativen Auswegen zu suchen.

Derzeit ist der „Patient“, d.h. die Gesellschaft dabei, aus dem künstlichen Koma zu erwachen. Eine Maßnahme der Zeit könnte es sein, Verantwortung für den Komapatienten zu

¹¹ Die Corona-Pandemie als Herausforderung für Spiritual Care – Handreichung für Seelsorger*innen: https://7b22a723-d18b-4f61-9b60-a0e89eb41dca.filesusr.com/ugd/f9562a_a31ba104844340479cbe4ce3b2821ed8.pdf

¹² Zum Folgenden als Hintergrund: <https://www.zeit.de/2020/17/krankenpflege-altenpflege-seelsorge-pflegeheime-isolation-einsamkeit>

¹³ Als Sterbende in die Badezimmer abgeschoben wurden.

übernehmen: Was braucht ein Mensch, um aus dem Koma in das Leben zurückfinden? Komapatienten benötigen z.B. einen Moment Lebendigkeit, am besten unmittelbar als Gegenüber, von Angesicht zu Angesicht. Wie zu Beginn des Lebens. Wer sollte, wer kann das verkörpern?

Das gesellschaftliche Erwachen aus dem Koma zeigt dann auch all die verschiedenen kreativen Maßnahmen, von Künstlern, Kirchen, und vielen anderen bis hin zur tätigen Nachbarschaftshilfe und vielfältigen Unterstützung Hilfsbedürftiger.

Gerade diese Suche nach kreativen Auswegen könnte auch dazu beitragen, dass die Schockstarre, die sich auch in einer einfachen kritiklosen Hinnahme der Maßnahmen äußert, überwunden werden kann. Möglicherweise findet das Paranoide im Kreativen einen Ort, und ein kritisches Korrektiv.

Dabei könnte ein Movens leitend sein: Dass wir alle danach Ausschau halten, wo es denn einen Mangel gibt. Einen Mangel an Lösungen, einen Mangel an Auswegen. Es geht um ein Spüren der Leerstellen. Und dass wir diese Leerstellen nicht voreilig z.B. mit unseren Glaubenswahrheiten ausfüllen, sondern dass aus der Leerstelle heraus eine Dynamik erwächst, die in die Lebendigkeit führt, also ins kreative Leben. Es geht um unsichtbare Keimlinge eines neuen Lebens, das erst in der Zukunft erkennbar wird. Damit praktizieren wir Lebensschutz.

Florian-Sebastian Ehlert

Pastor, Lehrsupervisor DGfP (Sektion Tiefenpsychologie)

Krankenhausseelsorger am Asklepios-Krankenhaus St. Georg sowie Referent für Pastoralpsychologie in der Institutionsberatung der Nordkirche

22.4.2020