

Ethische Aspekte der Seelsorge in Zeiten der Pandemie

Die Sorge für und um die Seele des Menschen gehört zu den Kernaufgaben der christlichen Kirchen. Die Begleitung von Menschen im Lichte und mit dem Trost des Evangeliums ist ihr wesentliches Anliegen. Diesem Anliegen in Zeiten der Corona-Pandemie nicht in gewohnter Weise nachkommen zu können, ist ein schmerzlicher Verzicht, der aus grundlegenden ethischen Abwägungen resultiert. Die Kirchen bejahen den umfassenden, staatlich angeordneten gesellschaftlichen Shutdown. Die radikale Kontaktminderung aller ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für die anzustrebende Senkung der exponentiell verlaufenden Infektionsrate. Ohne diese erhoffte Absenkung ist eine ausreichende intensivmedizinische Versorgung aller an Covid-19 Erkrankten nicht zu gewährleisten. Es gehört zur solidarischen **Mitmenschlichkeit** der Kirchen, am gesellschaftlichen Shutdown teilzunehmen.

Die mit der notwendigen Kontaktminimierung einhergehenden Folgen insbesondere für alte und kranke Menschen werden in Kauf genommen werden und, wo möglich, abgemildert durch neue Wege digitaler, medialer Vernetzung. Dabei kann daran erinnert werden, dass das **Da-Sein für andere unter den Bedingungen räumlicher Trennung** eine lange Tradition hat. Zu denken ist etwa an briefliche Seelsorge des Paulus (2 Kor 1) oder auch an Martin Luthers Seelsorgebriefe. Entsprechend verzichten die Kirchen in diesen Tagen auf jegliche Form aufsuchender Seelsorge und nutzen stattdessen Möglichkeiten digitaler Kommunikation. Dies wird als große Entlastung empfunden, wie z.B. der engagierte Einsatz in der Telefonseelsorge zeigt, kann aber auch immer wieder vor Augen führen, wie die leiblich-personale Begegnung schmerzhaft eingeschränkt ist. Alte, kranke, behinderte und einsame Menschen nicht aufzusuchen, widerspricht zutiefst dem Herzensanliegen der Kirche, gerade diesen Menschen nahe zu sein (Mt 25,35ff). Dennoch auf aufsuchende Seelsorge zu verzichten, ist ein Gebot der Stunde und Ergebnis ethischer Abwägung zum Schutze der besonders Vulnerablen. Der gesamtgesellschaftlich getragenen Grundentscheidung für Kontaktminimierung liegt die aus christlicher Sicht in der **Gottesebenbildlichkeit** fundierte Überzeugung zugrunde, dass jedem Menschen eine unantastbare Würde innewohnt (Gen 1, 26f): Jede und jeder Einzelne hat ein Recht auf bestmöglichen Schutz ihres bzw. seines Lebens.

Die bedrückenden weltweiten Auswirkungen der gegenwärtigen Pandemie fordern uns als Kirche dazu heraus, die **Brüchigkeit und Sterblichkeit** menschlichen Lebens auf neue, ethisch überdachte Weise in den Blick zu nehmen. Nicht in einseitiger Fixierung auf Verwundbarkeit und Endlichkeit des Menschen in dem Sinne, dass es einen fatalistischen Blick auf die Pandemie nähren könnte. Auch soll die klagende Frage nach dem „Warum?“ ihren Ort behalten. Wohl aber ist es möglich, dass Vulnerabilität und Endlichkeit als Elemente der Geschöpflichkeit und im Lichte der Auferstehungshoffnung erkannt werden. In diesem Geist kann die Kirche den Menschen Mut zusprechen, sich mit dem eigenen Sterben und dem eigenen Tod auseinanderzusetzen (vgl. Ps 90,12). Diese Beschäftigung kann auch zum Austausch mit eigenen Angehörigen und Vertrauten führen und in das Erstellen einer reflektierten Patientenverfügung münden.

Im Bereich der **medizinischen und pflegerischen Versorgung** vermehren sich ethische Problemsituationen in hohem Tempo. Diese Rückmeldungen kommen aus Medizin und Pflege: dramatischer Mangel an Schutzkleidung, Verknappung der Corona-Tests, Überbelastung der Labore, ethisch nicht unumstrittene Verschiebungen anderer OPs, Überlastung der Ärzteschaft, des Pflegepersonals, der ambulanten Pflegedienste. Es sind jetzt bereits permanent Verteilungsentscheidungen zu fällen: Wer oder was hat jetzt Priorität? Weil sich die Anzahl der

Covid-19-Erkrankten mit schwerem Verlauf in diesen Tagen immer noch erhöht, wird die intensivmedizinische Versorgung an ihre Grenzen kommen. Die Beatmungsplätze werden wahrscheinlich nicht ausreichen¹. Eine weitere physische und psychische Überlastung des medizinischen Personals ist abzusehen. Durch die medizinisch notwendige Isolierung von Covid-19-Erkrankten werden Menschen u. U., ähnlich wie in Italien und Spanien, einsam und schwer sterben. Eine bestmögliche palliative Versorgung jeder Patientin und jedes Patienten muss grundsätzlich hohe Priorität haben. In solchen Situationen dann dennoch zu entscheiden, die Seelsorge kommt nur, wenn sie ausdrücklich gerufen, von medizinischer Seite zugelassen und mit Schutzkleidung ausgestattet wird, widerstrebt der Kirche eigentlich zutiefst, folgt aber sehr klar aus der ethischen Abwägung, dass die Infektionsrate immer noch gesenkt werden muss, um mehr Leben retten zu können.

Schon jetzt ist deshalb massiv darauf zu drängen, die durch die aktuellen Maßnahmen gewonnene Zeit zu nutzen, um die **Verteilungsproblematik** nicht eskalieren zu lassen. Die Maßnahmen auch von Seiten der Politik, die dem Ausbau der entsprechenden Kapazitäten dienen, werden ausdrücklich unterstützt. Zugleich ist es aus ethischer Sicht von großer Relevanz, den Blick über die aktuelle Krise hinaus zu werfen: Dabei ist festzuhalten, dass sich eine radikale Ökonomisierung des Gesundheitswesens als hochproblematisch (lebensgefährlich!) erweist und in der Hinsicht korrekturbedürftig ist, dass eine Verteilungsproblematik wie sie sich jetzt abzeichnet, mit allen Mitteln vermieden werden muss².

Darüber hinaus ist damit zu rechnen, dass sogenannte „**Triage-Situationen**“ in Form von Priorisierungsentscheidungen entstehen werden³. Medizinethische Diskussionsvorschläge für die „Triage-Entscheidungsfindung“ liegen vor. Die damit intendierte Transparenz ist von hohem ethischem Wert, da sie zu Konsistenz und Vertrauen beitragen kann. Besonders aktuell sind hier eine Ad-hoc-Stellungnahme des Deutschen Ethikrates vom 27.3. und eine Empfehlung von sieben Ärztevereinigungen vom 25.3. zu erwähnen⁴. Einige der im folgenden genannten Kriterien sind auch dort von zentraler Bedeutung. Aus der Sicht theologischer Ethik und aufgrund der Überzeugung von der Gottesebenbildlichkeit jedes einzelnen Menschen kommt es darauf an, diese Empfehlungen und Prinzipien in den nächsten Tagen und Wochen kritisch zu begleiten, sie permanent zu überprüfen und zu hinterfragen:

- Kommt das ethische Prinzip der Beachtung des Patientenwillens, ggf. auch mittels einer Patientenverfügung hinterlegt, zur Geltung?
- Gelten die Priorisierungsregeln für alle Patientinnen und Patienten, also auch für nicht an Covid-19-Erkrankte, z. B. Krebskranke, die auf Chemotherapie angewiesen sind?

¹ Vgl. Nürtingen: „Der Zustand von vier Corona-Patienten im Alter von 36 bis 60 Jahren hatte sich am Donnerstag offenbar rapide verschlechtert. Da es keine regulären Beatmungsplätze mehr gab, mussten sie mit Hubschrauber und Krankenwagen zur Uniklinik Tübingen und zum städtischen Klinikum Esslingen gebracht werden.“ SWR 1 aktuell am 27.03.2020

² In diese Richtung wiesen bereits die EKD-Denkschrift „Und unsern kranken Nachbarn auch“ sowie die Stellungnahme des Deutschen Ethikrates „Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen“, beide aus dem Jahr 2011.

³ Es ist durchaus nachdenkenswert, dem aus der Militär- und Katastrophenmedizin stammenden, inzwischen etablierten Fachbegriff „Triage“ mit kritischer Distanz zu begegnen, da er auf dem Umweg des Französischen „trier“ eine Neuformung des hochproblematischen Begriffs „Selektion“ darstellt.

⁴ Die Ad-hoc-Stellungnahme „Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise“ des Deutschen Ethikrates ist abrufbar unter <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf>; das Papier „Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie“ findet sich unter <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file>.

- Wird vermieden, den Entscheidungen eine grundsätzliche Altersdiskriminierung zugrunde zu legen?
- Überzeugt als Folge aus den beiden zuvor genannten Punkten das Prinzip der „klinischen Erfolgsaussicht“ (d.h. eine vorrangige Behandlung derer mit besserer Gesamtprognose), auch und gerade in seiner Unterscheidung vom sog. „quality-adjusted life year“ (Quality), das als gesundheitsökonomische Berechnung des Lebenswertes gelten kann?
- Können die angewendeten Priorisierungsregeln institutionsweit gelten, um zu Transparenz und Konsistenz beizutragen?

Eine große Gefahr der sog. „Triage“ sei an dieser Stelle benannt: Sie besteht darin, dass jetzt Standards gesetzt werden, die nach der Krise der Pandemie auf Verallgemeinerung drängen. Das ist unter allen Umständen zu verhindern, weil es bedeuten würde, in utilitaristischer Manier Entscheidungen über den „Wert“ menschlichen Lebens zu unterstützen (explizit z.B. bereits beim niederländischen Premierminister Rutte geschehen).

Die klinischen Herausforderungen der Pandemie spitzen sich zu, während wir dieses Papier schreiben oder lesen. Klinikseelsorge wird z. T. auf Covid-Stationen gerufen.

Heute Nachmittag wurden wir in Herrenberg auf die Covid19-Station gerufen. Das Pflegepersonal und die Ärzte wünsch(t)en, dass wir Patienten begleiten.(...)
 So habe ich mich um- und die Schutzausrüstung angezogen. Wie einem „normalen“ Gespräch im Knoten wurden mir vier Zimmer genannt, wo ich bitte reinschauen sollte – und konnte so mit neun Personen insgesamt sprechen. Die Schutzausrüstung durfte ich in allen Zimmern anlassen.
 Mich hat die Schwäche erschüttert. Das Reden fiel den meisten schwer. Durch die Schutzmasken der Patientinnen und Patienten und meine war eine Kommunikation nochmals erschwert. (...)
 Mit zweien konnte ich länger reden. Sie konnten sich ihren Schmerz von der Seele reden. Ich konnte zuhören. Und allen einen Segen zusprechen.
 Nach einer halben Stunde lief mir der Schweiß den Rücken runter – so ganz in Plastik gepackt und das Atmen fiel mir schwer unter der Maske. (...)

Seelsorgende können an ethischen Entscheidungsfindungen mitwirken, wenn die Umstände es erlauben. Als eine Hauptaufgabe der Klinikseelsorge kristallisiert sich die unterstützende Begleitung der Pflegenden, der Ärztinnen und Ärzte und anderer Mitarbeitenden⁵, aber auch der Angehörigen heraus⁶. Ebenfalls ist an dieser Stelle der Dienst der Notfallseelsorge für die Einsatzkräfte der Blaulichtorganisationen zu erwähnen (PSNV-E). Die zu erwartenden ethischen Dilemmata verschärfen die Belastungen und das unausweichliche Entstehen von Schuldgefühlen enorm. Zuhören und Empathie werden in dieser Situation dankbar angenommen und als solidarische Präsenz von Kirche wahrgenommen.

Die Pandemie wird tiefe Wunden schlagen und viele Verluste bringen. Als **seelsorgliche Aufgaben der nächsten Wochen**, die weiterhin von Kontaktsperre gekennzeichnet sein werden, zeichnen sich ab: würdige Gestaltung von Trauerfeiern, trotz harter Rahmenbedingungen, insbesondere, wenn die Zahl der Todesfälle ansteigen wird; Trauerbegleitungen verschiedenster Art; weitere Begleitung von Klinikmitarbeitenden und Mitarbeitenden in der Behindertenhilfe; Wahrnehmung und Begleitung anderer Traumatisierungen...

Darüber hinaus gehend wird aus den Beobachtungen der zurückliegenden Tage auch deutlich, dass das Verhältnis von „Ordnungen“ und „außerordentlichem“ Handeln auch in der Kirche der

⁵ Vgl. Anhänge „Wir sind für euch da“; „Corona Zollernalbkllinikum“; „Abschiedsgebet für Pflegenden“

⁶ Vgl. Anhang „Brief an Angehörige Verstorbener“

ethischen Reflexion bedarf. Gern spricht man in unserer Kirche von der „evangelischen Freiheit“, doch haben aus ethischer Sicht auch Ordnungen ihren Wert. Hier besteht weiterer Differenzierungsbedarf. Und im Blick auf den gesamtgesellschaftlichen Kontext stellt sich u. a. auch die Frage: Was können wir als Kirche dazu beitragen, dass die Krise zu einer Stärkung ethischer Reflexion führt? Zur Stärkung der ethischen Bewertung, dass Menschenleben Vorrang vor ökonomischen Gesichtspunkten haben muss – eine Überzeugung, die generalisiert weitreichende Konsequenzen haben könnte?

Dr. Grau / Dr. Elbe-Seiffart / 29.03.2020