

Handreichung „Covid-19: Gesundheitsrelevante Ungleichheiten unter dem Brennglas“

Corinna Klingler, Sylvia Agbih, Ute Altanis-Protzer, Michael Coors, Houda Hallal, Ilhan Ilkic, Julia Inthorn, Fabian Jacobs, Lukas Kaelin, Gerald Neitzke, Tim Peters, Hürrem Tezcan-Güntekin, Carolin van Schewick, Angelika Wiegand, Ortrun Kliche¹

28. Mai 2020

Die Krise rund um die Covid-19-Pandemie wirft viele ethische Fragen auf, die im Rahmen der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) – häufig in Kooperation mit anderen Fachgesellschaften – bearbeitet werden. Neben Fragen der klinischen Ethik und dem Umgang mit knappen Ressourcen (Stichwort Triage, vgl. die Zusammenstellung der verschiedenen Handlungsempfehlungen auf der Website der Akademie für Ethik in der Medizin²), stellen sich weitere populationsbezogene Gerechtigkeitsfragen, die gesundheitsrelevante Ungleichheiten betreffen. Ganz besonders Letztere nimmt die AG „Kulturelle Diversität im Gesundheitswesen“ in den Blick. Konkret erscheint es uns so, dass die derzeitige Krisensituation viele (schon vorher zu beobachtende) Ungleichheiten und damit die Benachteiligung bestimmter gesellschaftlich marginalisierter Gruppen verschärft.

Diese Handreichung soll einige dieser durch die Pandemie verschärften oder auch erst neu entstandenen gesundheitsrelevanten Ungleichheiten bzw. gruppenspezifischen Benachteiligungen aufzeigen. Dadurch soll in der gesellschaftlichen und politischen Debatte für diese Ungleichheiten sensibilisiert werden, damit sie in Strategien zu einem guten Umgang mit der Krise Berücksichtigung erfahren. Die Handreichung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und muss sich derzeit an vielen Stellen mit dem Formulieren von Fragen und Problemen begnügen, ohne bereits Antworten liefern zu können. Auf uns bekannte Good-Practice-Beispiele sowie relevante Literatur wird ebenfalls ohne den Anspruch auf Vollständigkeit verwiesen. Und auch wenn die Situationen in den Krankenhäusern sich zu entspannen scheinen und auf breiter Ebene Lockerungen realisiert werden, so möchten wir vor dem Hintergrund möglicher neuer Zuspitzungen (bei einem erneuten Anstieg der Infektionszahlen) und angesichts der Tatsache, dass viele Missstände schon vor der Pandemie bestanden, mit darauf hinarbeiten, dass sich bestimmte Fehler nicht wiederholen bzw. endlich einer Lösung zugeführt werden.

¹ Die Autor*innen sind Mitglieder der AG „Kulturelle Diversität im Gesundheitswesen“ in der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM). Arbeitsgruppen in der AEM sind offene Foren für den Austausch unterschiedlicher Standpunkte und Positionen. Der Inhalt der von ihnen veröffentlichten Beiträge wird allein von den genannten Autorinnen und Autoren verantwortet. Er repräsentiert nicht notwendigerweise die Meinung der AEM oder ihrer Organe.

² Siehe https://aem-online.de/index.php?id=90&tx_ttnews%5Btt_news%5D=211&cHash=62b7b94cd347c31b5eb8d4f4fdde4d2b (letzter Zugriff am 13.05.2020).

Sprachbarrieren: In Wissenschaft und Praxis wird schon lange eindringlich darauf hingewiesen, dass Patient*innen mit eingeschränkten Deutschkenntnissen schlechter medizinisch versorgt werden oder nur eingeschränkt Zugang zum Gesundheitssystem erlangen können. Es ist zudem vielfach beschrieben worden, dass gutes Dolmetschen eine Grundvoraussetzung ist, um bei Sprachbarrieren eine angemessene Gesundheitsversorgung überhaupt zu ermöglichen³. Die Politik wurde dabei mehrfach auf die Bedeutung professionellen Dolmetschens hingewiesen⁴, hat darauf aber bislang nicht reagiert. Zurzeit müssen Dolmetscher*innen noch immer von den Patient*innen gestellt werden, was zumeist dazu führt, dass Familienangehörige diese Rolle übernehmen⁵ oder – falls keine Begleitpersonen das Dolmetschen übernehmen können – mehrsprachige Mitarbeiter*innen aus dem Gesundheitswesen. Häufig sind dies Pflegekräfte⁶, die auch ohne ad hoc-Dolmetschen bis an die Grenzen ausgelastet sind. Von Mitgliedern der Arbeitsgruppe wurde berichtet, dass sich die Verständigungsproblematik in Zeiten von Covid-19 noch verschärft hat, da Patient*innen aus Gründen des Infektionsschutzes oftmals nur in Ausnahmefällen von Angehörigen begleitet werden dürfen. Diese improvisierte Ressource zur Verständigung fällt daher weg und es entsteht damit ein Mangel, der angesichts von in Covid-19-Zeiten ebenfalls verschärftem Zeit- und Personaldruck nicht durch dolmetschendes Klinikpersonal aufgefangen werden kann. Dieses wird auch aus Gründen des Infektionsschutzes aktuell nur ungern für dolmetschende Tätigkeiten herangezogen.

Zudem erschweren Masken, ganz besonders die im Verdachtsfall (der bei Geflüchteten aus Gemeinschaftsunterkünften zunehmend häufiger angenommen wird, siehe unten) zu tragenden FFP2-Masken sowie Schutzbrille und Visier die Kommunikation weitergehend. Die Mimik als wichtige Informationsgrundlage für Patient*innen aber auch Versorger*innen fällt damit weg und auch das Hören ist stark eingeschränkt. Auch der Blick auf den die Worte formulierenden Mund, der bei basalen Sprachkenntnissen ein Verstehen unterstützt, entfällt. Ob vor diesem Hintergrund bei zugleich knappen Zeitressourcen eine akzeptable Versorgung, die die Selbstbestimmung der Patient*innen achtet, sichergestellt werden kann, erscheint fragwürdig. Aber auch für diese Patient*innen sollte eine gute Versorgung garantiert werden. Vor diesem Hintergrund weisen wir eindringlich darauf hin, dass es möglich ist, durch professionelles Remote-Dolmetschen (idealerweise per Video, sonst per Telefon) Verständigung herzustellen.

Mehrsprachige Informationen zum Coronavirus SARS-CoV-2 und COVID-19 können z.B. auf folgenden Portalen bezogen werden:

- <https://corona-ethnomed.deutsch.info-data.info/>

³ Siehe z.B. Literaturverzeichnis in: Kliche O, Agbii S, Altanis-Protze U, Eulerich S, Klingler C, Neitzke G, Peters T, Coors M (2018): Ethische Aspekte des Dolmetschens im mehrsprachig-interkulturellen Arzt-Patienten-Verhältnis. In: Ethik Med 30:205–220.

⁴ Siehe z.B. Deutscher Ethikrat (2016): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme. <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf> (letzter Zugriff am 13.05.2020); bzgl. Asylsuchender und Geflüchteter siehe z.B. Bühring P, Gießelmann K (2019): Ohne Sprachmittler funktioniert die Versorgung nicht. In: Dtsch Ärztebl 116(7): A308-A113.

⁵ Zu dieser besonderen Problematik siehe z.B. verschiedene Beiträge in Menz F (Hrsg.) (2013): Migration und medizinische Kommunikation. Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen. V&R unipress, Göttingen.

⁶ Siehe z.B. Bühring K, Kliche O, Meyer B, Pawlack B (2012): Explaining the interpreter's unease. Conflicts and contradictions in bilingual communication in clinical settings. In: Braunnüller K, Gabriel Ch, Hänel-Faulhaber B (Hrsg). Multilingual individuals and multilingual societies. Hamburg Studies on Multilingualism, Vol. 13. Benjamins: Amsterdam, S. 407-418; Kliche O (2011): Schwester, Übersetzung bitte! Verständigungsprobleme im Krankenhaus. In: Die Schwester Der Pfleger 50. Jg. 08/11. Melsungen: Bibliomed, S. 766-767.

- <https://www.mimi-bestellportal.de/corona-information/>
- <https://b-umf.de/p/mehrsprachige-informationen-zum-coronavirus/>

Geflüchtete: Dass Geflüchtete in den ihnen zugewiesenen Gemeinschaftsunterkünften ein ungleich höheres Risiko haben, sich mit Covid-19 zu infizieren, wurde in den Medien und von verschiedenen Institutionen bereits diskutiert⁷. Bisher ist wenig getan worden, um dieses Risiko zu reduzieren, und es kommt folglich immer wieder zu Infektionen⁸. Die Probleme hören an dieser Stelle jedoch nicht auf und treffen Geflüchtete, die (auch jenseits von Covid-19) erkrankt sind oder befürchten, mit SARS-CoV-2 infiziert zu sein, auf unterschiedlichen Ebenen. Ganz praktisch versperren zusätzlich zu den sowieso bestehenden⁹, pandemie-spezifische Barrieren den Zugang zum Gesundheitswesen, wenn z.B. durch Fahrpläneinschränkungen öffentliche Verkehrsmittel noch seltener die häufig außerhalb der Stadtzentren angesiedelten Unterkünfte anfahren und den Geflüchteten das Erreichen einer Arztpraxis noch schwerer machen.

Soll vor einer Testung zunächst telefonisch Kontakt zu Testzentren oder Arztpraxen aufgenommen werden, behindern nicht ausreichende Sprachkenntnisse auf der einen und fehlende mehrsprachige Versorgung auf der anderen Seite diese telefonische Kontaktaufnahme. Sprachbarrieren und die fehlende Bereitstellung mehrsprachiger Angebote versperren außerdem den Zugang zu verlässlichen Informationen über das hiesige Gesundheitssystem und den Umgang mit Covid-19.

Mitglieder der AG berichteten, dass Geflüchtete aus Gemeinschaftsunterkünften mit Covid-19-Fällen in manchen Kliniken per se als „Risikogruppe“ gelten. Die Versorgung erfolgt dann unter vollständigen Isolationsbedingungen und Schutzmaßnahmen bis (unter Beachtung der Fristen) ein negatives Testergebnis vorliegt. Ein Krankenhausaufenthalt unter diesen Bedingungen ist für Patient*innen beängstigend und bedrohlich, umso mehr, wenn diese über die Bedeutung der Maßnahmen nur unvollständig aufgeklärt sind bzw. aufgeklärt werden können (siehe oben).

Auch hier stellt sich die Frage, wie die Gruppe der Geflüchteten unterstützt werden kann und sollte, um eine angemessene Prävention und Gesundheitsversorgung (nicht nur) in Pandemie-Zeiten sicherzustellen, und damit auch das Vertrauen in ein für viele unbekanntes Gesundheitssystem zu stärken.

Dass mangelndes Vertrauen in das Gesundheitssystem für Erkrankte erhebliche gesundheitliche Folgen und vor dem Hintergrund der pandemischen Besonderheiten zusätzlich schwere Konsequenzen haben kann, darauf hat bereits die AG Ethik des Kompetenznetzwerks „Public Health Covid 19“ hingewiesen: „[I]n groups where trust in the healthcare system is low, they are less likely to seek medical attention until they are very ill. By then, they may not meet the triage criteria for ventilated beds because their disease is too advanced and the likelihood of benefitting from ventilator low.“¹⁰ Dieser Hinweis bezieht sich dabei explizit nicht nur auf Geflüchtete, sondern auch

⁷ Siehe z.B. <https://taz.de/Coronafaelle-in-Gemeinschaftsunterkuenften/!5673754/> (letzter Zugriff 13.05.2020); <https://fluechtlingsrat-berlin.de/presseerklaerung/07-04-2020-menschenleben-schuetzen-massenunterkuenfte-aufloesen-wohnungen-statt-lager/> (letzter Zugriff am 13.05.2020).

⁸ <https://www.tagesschau.de/investigativ/swr/corona-fluechtlingsunterkuenfte-101.html> (letzter Zugriff 22.5.2020).

⁹ Siehe z.B. Mangrio E, Forss KS (2017): Refugees' experience of healthcare in the host country: a scoping review. In: BMC Health Serv Res 17:814; Misbach E (2015): „Sich für Gesundheit stark machen“ – Solidarische Flüchtlingsarbeit als gemeinsamer sozialer Kampf um Rechte. Journal for Human Rights/Zeitschrift für Menschenrechte, 9(2):122-135.

¹⁰ AG Ethik des Kompetenznetz Public Health Covid-19 (2020). Public Health Ethics and Covid-19:

auf andere Gruppen, deren Vertrauen in das Gesundheitssystem aus unterschiedlichen Gründen gelitten hat. Die AG Ethik fordert daher dezidiert, marginalisierten Gruppen Raum im politischen Diskurs um Covid-19-Maßnahmen zu geben, um so auch Vertrauen aufzubauen. Dieser Forderung schließen wir uns an (siehe dazu auch den Absatz zu Diskursmacht untenstehend).

Tod und Sterben: Sterbende Patient*innen sind in einer besonders vulnerablen Situation und sie können sehr darunter leiden, wenn ihnen ein Abschied von ihren Verwandten oder der Vollzug religiöser Riten am Lebensende verwehrt bleibt. Wo aufgrund von Ansteckungsrisiken religiöse Riten nicht vollzogen werden können, sollte gemeinsam mit Vertreter*innen der Religionsgemeinschaften und den Angehörigen der Patient*innen nach sinnvollen und vertretbaren Kompromissen gesucht werden¹¹. Unterschiedliche islamische Vereinigungen weisen darauf hin, dass unter den besonderen Umständen auf eine sonst geforderte Waschung des Leichnams verzichtet werden könne und dies mit den religiösen Regeln in Einklang stehe¹². Derartige Stellungnahmen liegen auch vom Zentralrat der Juden vor¹³. Sie können helfen, Ängste und Sorgen abzubauen. Zu Fragen der seelsorglichen und spirituellen Begleitung im Rahmen von COVID-19 liegt ebenfalls eine eigene Empfehlung vor¹⁴.

Ein besonders schwieriges Problem in diesem Zusammenhang ist der Wunsch einiger Patient*innen nach Beerdigung in dem Land, das sie für ihren Leichnam als Heimat ansehen. Solch eine Rückführung bei größtenteils geschlossenen Grenzen ist kaum realisierbar bzw. nur unter erschwerten Bedingungen möglich, z.B. ohne die Begleitung Angehöriger¹⁵. Da dieser Wunsch für bestimmte Patient*innen jedoch von existentieller Bedeutung ist, kann die Angst vor Nicht-Realisierung den ganzen Sterbeprozess überschatten und einen friedlichen Abschied verhindern.

Derzeit scheint beispielsweise bei einer Rückführung in die Türkei die Möglichkeit zu bestehen, den Leichnam per Flugzeug zu überführen, wobei keine Begleitperson mitreisen kann. Der Leichnam muss dabei im Zielland am Flughafen von Angehörigen abgeholt werden. In jedem Falle bedarf es einer transparenten Kommunikation bezüglich der relevanten Regelungen und Möglichkeiten der Überführung von Leichnamen. Entscheidungsträger sollten sich außerdem fragen, inwieweit es möglich ist, hier gangbare Lösungen und Ausnahmeregelungen zu finden, die der besonderen Bedeutung des letzten Willens der Betroffenen in angemessener Weise Rechnung tragen.

The ethical dimensions of public health decision-making during a pandemic. https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Policy_Brief_Pandemic_Ethics_GeneralF.pdf (letzter Zugriff 13.05.2020).

¹¹ Robert Koch Institut (2020): Empfehlungen zum Umgang mit SARS-CoV-2-infizierten Verstorbenen. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Verstorbene.html (letzter Zugriff 13.05.2020).

¹² <https://fatwarat.de/die-bestattungsbestimmungen-im-kontext-der-corona-krise/>; <https://english.alaraby.co.uk/english/news/2020/3/31/muslims-suspend-traditional-funeral-rites-to-bury-coronavirus-martyrs> (letzter Zugriff 13.05.2020).

¹³ Zentralrat der Juden in Deutschland (2020): Religiöse Fragen während der Corona-Krise. https://www.zentralratderjuden.de/fileadmin/user_upload/pdfs/Religioese_Fragen_waehrend_der_Corona-Krise_Stand_01.04.2020_.pdf (letzter Zugriff 13.05.2020).

¹⁴ Roser T, Peng-Keller S, Kammerer T, Karle I, Lammer K, Frick E, Winiger F (2020): Die Corona-Pandemie als Herausforderung für Spiritual Care. https://7b22a723-d18b-4f61-9b60-a0e89eb41dca.filesusr.com/ugd/f9562a_a31ba104844340479cbe4ce3b2821ed8.pdf (letzter Zugriff 13.05.2020).

¹⁵ Siehe z.B. <https://www.islamiq.de/2020/03/22/die-letzte-reise-muslimische-bestattungen-in-zeiten-von-corona/> (letzter Zugriff 13.05.2020).

Diskriminierung: Bestimmte Gruppen machen in Zeiten von Covid-19 zusätzliche Diskriminierungserfahrungen – auch im Gesundheitswesen. Im medialen Diskurs ist dabei vor allem auf die Diskriminierung von als asiatisch wahrgenommenen Menschen hingewiesen worden¹⁶, sie trifft aber auch andere Gruppen. Betroffene werden dabei diffus als vermeintliches Infektionsrisiko stigmatisiert und berichten von Beschimpfungen in der Öffentlichkeit und gewalttätigen Übergriffen, die an dieser Unterstellung ihren Ausgang nehmen. Gleich zu Beginn der Pandemie in Deutschland wurde der Fall einer Chinesin bekannt, die aufgrund ihrer Herkunft ihren Termin in einer Arztpraxis nicht wahrnehmen durfte¹⁷. Auch die Kategorisierung als „Risikogruppe“ ist in hohem Maße diskriminierend, eine Erfahrung, die auch Menschen mit Behinderungen¹⁸ sowie sog. „Ältere“ derzeit machen müssen. Niemand und schon gar nicht Menschen in vulnerablen gesundheitlichen Situationen dürfen solchen diskriminierenden Ausgrenzungen und Angriffen ausgesetzt sein.

Auf den historischen Zusammenhang von Pandemien und Diskriminierung wurde in der Forschung mehrfach hingewiesen. Im Rahmen der Versuche, das Geschehen der Epidemie zu deuten, griff man auf bestehende diskriminierende Deutungsmuster zurück, die dadurch verstärkt wurden: „Defining the causes of disease becomes a way to protect existing social categories or power relationships, to define the boundaries of ‚normal‘ behavior, or to reinforce the norms that seem to be threatened by marginal groups“¹⁹. Die aktuellen Erfahrungen mit Diskriminierung im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie scheinen zu zeigen, dass sich dieses historische Muster fortsetzt²⁰.

Wir stellen uns daher die Frage, wie die Gesellschaft diese Art von Diskriminierung unterbinden kann oder zumindest wie die Institution Krankenhaus bzw. das Gesundheitswesen insgesamt Patient*innen vor Diskriminierung schützen und gleichberechtigt versorgen kann.

Diskursmacht: Ein Grund, warum diese Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten bislang im Diskurs und möglicherweise auch in den politischen Abwägungsentscheidungen keine oder kaum Beachtung finden, ist unserer Einschätzung nach das verengte Spektrum von Personen, die zur Bewältigung der Pandemie im politischen Diskurs aktiv sind und gehört werden. Auch wenn in Krisenzeiten zur Beschleunigung von Entscheidungsprozessen die Reduzierung von Personen, die sich daran beteiligen, sinnvoll sein kann, so ist doch auffällig, dass bestimmte Gruppen in dieser Zeit kaum Gehör finden, während andere in den relevanten Entscheidungsgremien überrepräsentiert sind. Darauf ist auch bereits in anderen Stellungnahmen hingewiesen worden. Kritisiert worden ist

¹⁶ Siehe z.B. <https://www.tagesspiegel.de/politik/attacken-gegen-asiaten-bundesregierung-ignoriert-corona-rassismus/25798536.html> (letzter Zugriff 13.05.2020); <https://www.sueddeutsche.de/politik/rassismus-antiasiatisch-coronavirus-1.4913843?reduced=true> (letzter Zugriff 22.5.2020).

¹⁷ Siehe z.B. Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Mai 2020. Diskriminierungserfahrungen im Zusammenhang mit der Corona-Krise https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/Dokumente_ohne_anzeige_in_Publikationen/20200504_Infopapier_zu_Coronakrise.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (letzter Zugriff 26.05.20); unter dem Hashtag „Ich bin kein Virus“ berichten Betroffene von ihren Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen.

¹⁸ Siehe z.B. das Interview mit Raul Krauthausen, <https://www.berliner-zeitung.de/mensch-metropole/wir-sind-kein-risiko-li.80831> (letzter Zugriff 23.05.2020).

¹⁹ Nelkin, D, Gilman, S.L (1988). Placing blame for devastating disease. In: Social Research, 1988; lv:376..

²⁰ Siehe dazu auch z.B.: Baehrel R (1951): Epidémie et terreur: histoire et sociologie. In: Annales historiques de la Révolution française xxiii, 113– 46; Baehrel R. (1952): La haine de classe en temps d'épidémie. In : Annales: E.S.C. vii, 351– 60; Nelkin D, Gilman SL (1988): Placing blame for devastating disease. In: Social Research lv, 362– 78. Eine Kritik daran formuliert: Cohn SK (2012): Pandemics: Waves of disease, waves of hate from the plague of Athens to A.I.D.S. In: Historical Research 85, 535–555.

beispielsweise die disziplinäre Verkürzung auf Medizin/Naturwissenschaften als Ansprechpartner der Politik, während beispielsweise die Sozialwissenschaften, Rechtswissenschaften, Psychologie etc. ebenfalls hochrelevante Erkenntnisse zur Bewältigung der Krise liefern, bislang aber eher weniger Gehör finden²¹. Ebenso wurde darauf hingewiesen, dass Expertinnen in den Fachgremien wie beispielsweise der Arbeitsgruppe hinter der vielbeachteten Leopoldina-Stellungnahme²² kaum vertreten sind. So mag es auch wenig überraschen, dass eine Gruppe aus Professorinnen die Stellungnahme kritisch kommentierte²³. Im Zentrum der Kritik standen dabei der von der Leopoldina propagierte Umgang mit sehr kleinen Kindern und die Auswirkungen auf Familiensysteme, insbesondere (alleinerziehende) Mütter. Auch „Women in Global Health Germany“ weisen auf bisher wenig beachtete spezifische Problematiken von Frauen in der Covid-19-Pandemie hin und fordern mehr Frauen in Beratungs- und Entscheidungsgremien²⁴. Wir möchten hinzufügen, dass auch andere Stimmen, insbesondere die von bereits vor Covid-19 marginalisierten Gruppen, zurzeit wenig bis gar kein Gehör finden. Für deren Problemlagen besteht dementsprechend im politischen Diskurs wenig Sensibilität.

Dass das erhebliche Konsequenzen haben kann, zeigt sich z.B. an der massiven Reaktion von Behindertenverbänden auf Version 1 der Empfehlungen der Fachgesellschaften zu Allokation von knappen intensivmedizinischen Ressourcen²⁵, die bei der Erarbeitung von Version 2 berücksichtigt wurde²⁶. Die Empfehlungen zu Priorisierung und Versorgungsressourcen haben angesichts der Problematik, dass sie ebenfalls von einer eher homogenen Personengruppe ausgearbeitet worden sind, an sich schon das Potential, Misstrauen zu wecken. Außerdem bewegt die Frage, wie in Priorisierungssituationen bei knappen Ressourcen garantiert werden kann, dass getroffene Entscheidungen frei von Diskriminierung und frei von Rassismus sind, nicht nur bestimmte Betroffenengruppen, sondern wird z.Zt. auch unter Jurist*innen diskutiert²⁷. Der Deutsche Ethikrat hält in seiner Ad hoc-Empfehlung zumindest fest: „Sichergestellt werden muss jedoch, dass unfaire

²¹ Schrappe M, François-Kettner H, Gruhl M, Knieps F, Pfaff H, Glaeske G (2020): Thesenpapier zur Pandemie durch SARS-COV-2/Covid-19. Datenbasis verbessern, Prävention gezielt weiterentwickeln, Bürgerrechte wahren. http://matthias.schrapp.com/einzel/thesenpapier_corona.pdf (letzter Zugriff 13.05.2020).

²² Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften (2020). Ad-hoc-Stellungnahme zur Coronavirus-Pandemie. https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2020_Leopoldina-Stellungnahmen_zur_Coronavirus-Pandemie.pdf (letzter Zugriff 13.05.2020).

²³ Allmendinger J, Anders Y, Andresen S et al. (2020): Kommentar zur Ad-Hoc-Stellungnahme der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina „Coronavirus-Pandemie –Die Krise nachhaltig überwinden“ vom 13.04.2020. <https://sync.academiccloud.de/index.php/s/MBO8UMvnCSwNOZe> (letzter Zugriff 13.05.2020).

²⁴ Women in Global Health (2020): Stellungnahme „Frauen in der COVID-19 (SARS-CoV-2) Pandemie. https://c8fbe10e-fb87-47e7-844b-4e700959d2d4.filesusr.com/ugd/ffa4bc_8964adc849454df2a95d5bc41eed9cc7.pdf (letzter Zugriff 22.05.2020).

²⁵ Siehe z.B. <https://abilitywatch.de/2020/03/30/fachgesellschaften-veroeffentlichen-ethisch-und-verfassungsrechtlich-fragwuerdige-covid19-empfehlungen/> (letzter Zugriff 23.05.2020).

²⁶ Deutsche Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin, Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin, Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin, Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Akademie für Ethik in der Medizin (2020): Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie, Version 2, Klinisch-ethische Empfehlungen. https://aem-online.de/fileadmin/user_upload/200416-divi-covid-19-ethik-empfehlung-version-2.pdf (letzter Zugriff 13. 05.2020).

²⁷ Gelinsky K (2020): Brauchen wir ein Triage-Gesetz? Zur Verteilung von Überlebenschancen bei unzureichenden medizinischen Ressourcen. In: KAS Informationen & Recherchen. <https://www.kas.de/documents/252038/7995358/Brauchen+wir+ein+Triage-Gesetz.pdf/dd0cb801-4217-7219-b531-278a774e311e?version=1.0&t=1586415062476> (letzter Zugriff 23.05.2020).

Einflüsse bei der Entscheidung nach aller Möglichkeit ausgeschlossen werden, etwa solche im Hinblick auf sozialen Status, Herkunft, Alter, Behinderung usw. Aus ethischer Sicht sollte die Entscheidung nach wohlüberlegten, begründeten, transparenten und möglichst einheitlich angewandten Kriterien geschehen“.²⁸

Abschließende Bemerkungen: Uns ist bewusst, dass in Krisenzeiten Entscheidungen schnell getroffen werden müssen. Unter dem gegebenen Zeitdruck ist es nicht immer einfach, Entscheidungsprozesse inklusiv zu gestalten. Daher wollen wir explizit nicht rückblickend kritisieren, sondern lieber prospektiv fragen, inwieweit in Zukunft auch andere Stimmen gehört werden können, um Entscheidungen möglichst ausgewogen treffen sowie potenzielle Komplikationen und ungerechte Verteilungen der (sozialen) Lasten besser vorausahnen zu können. Diverse, breit aufgestellte Beratungsteams, die unterschiedliche gesellschaftliche Gruppen repräsentieren, sollten dabei zur Regel werden.

Um unseren Teil dazu beizutragen, ist von der AG ein Projekt initiiert worden, in dem durch kurze Interviews Perspektiven und Expertisen aus unterschiedlichen Lebensrealitäten hörbar werden sollen, die bislang unserer Einschätzung nach im politischen Diskurs fehlen oder kaum Gehör finden: Angehörigen der oben angesprochenen Gruppen, aber auch beispielsweise Helfer*innen in Asylunterkünften, Obdachlosen, Kindern, jungen Familien etc. soll eine Plattform geboten werden, um mit ihrer möglicherweise auch durch vielfältige Rollen gekennzeichneten Perspektive zu Wort zu kommen. Die Interviews werden nach und nach auf der Seite des Zentrums für Gesundheitsethik veröffentlicht werden (<https://www.zfg-hannover.de/>).

Diese Handreichung versteht sich als Momentaufnahme und kann angesichts neuerer Entwicklungen aktualisiert werden. Hinweise auf relevante Literatur zu den oben diskutierten Themen, auf Lösungsansätze bzw. Good-Practice-Beispiele zu angesprochenen Problemen können der AG gerne zugetragen werden über die Koordinatorin Dr. Ortrun Kliche (ortrun.kliche@uni-koeln.de).

²⁸ Deutscher Ethikrat (2020). Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise: Ad-hoc Empfehlung, S.5. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf> (letzter Zugriff 13.05.2020).