

<https://doi.org/10.1007/s00350-024-6757-0>

Das Triage-Gesetz des §5c IfSG: Verfassungsrechtliche Zweifel aus der Perspektive der Intensivmedizin

Gunnar Duttge und Tobias Weimer

I. Zur Vorgeschichte des §5c IfSG

Als sich zu Beginn des Jahres 2020 der SARS-Cov-2-Virus auch in Deutschland mit rapider Geschwindigkeit ausbreitete, gab es keine gesetzliche Regelung zu Kriterien und Verfahrensweisen im Falle nicht mehr ausreichend vorhandener intensivmedizinischer Kapazitäten. Konsens bestand lediglich über die Geltung der im Strafrecht anerkannten Rechtsfigur der „rechtfertigenden Pflichten-kollision“, sofern die generell rettungspflichtigen Ärzte (Garantenstellung) nicht mehr gleichzeitig alle gleich-rangigen Handlungspflichten gegenüber allen Patienten erfüllen können (*ultra posse nemo obligatur*)¹. Aus Sicht der deutschen Ärzteschaft war die Rechtslage daher unsicher, so dass sich der Dachverband der deutschen Intensivmedizin (DIVI = Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin)² gemeinsam mit weiteren medizinischen Fachgesellschaften im März 2020 entschloss, gleichsam stellvertretend eine Handlungsempfehlung für die gesamte Ärzteschaft zu erarbeiten. Diese fachärztliche Leitlinie³ bekannte sich mit Nachdruck zur Gleichbehandlung aller Patienten unabhängig von kalendarischem Alter, sozialen Merkmalen oder bestimmten Grunderkrankungen oder Behinderungen. Zugleich benannte sie als zentrales Allokationskriterium die „klinische Erfolgsaussicht“, um mit den begrenzten Ressourcen möglichst vielen Patienten eine Überlebensperspektive zu verschaffen.

Hiergegen erhob im Anschluss eine Gruppe von Menschen mit Behinderungen Verfassungsbeschwerde vor dem BVerfG mit dem zentralen Anliegen, den Gesetzgeber zum Erlass von Regelungen zu zwingen, die allen behinderten Personen nach Maßgabe des Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG einen effektiven Schutz vor möglicher Benachteiligung gewährleisten. Das BVerfG hat Ende des Jahres 2021 dieses Anliegen als begründet angesehen und entschieden, dass ein strukturelles Risiko der Benachteiligung wegen einer Behinderung gerade auch in Zeiten knapper intensivmedizinischer Ressourcen bestehe⁴. Erforderlich seien deshalb aus Gründen der Rechtsstaatlichkeit und in Wahrung der Schutzpflicht zugunsten menschlichen Lebens (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) antidiskriminierende Schutzvorschriften durch den staatlichen Gesetzgeber, die aber zugleich die Sachgesetzlichkeiten der klinischen Praxis ebenso wie die Letztverantwortung der Ärzte für die Beurteilung medizinischer Sachverhalte

zu beachten haben⁵. Alles Weitere ist dem Einschätzungs- und Gestaltungsspielraum des parlamentarischen Gesetzgebers überlassen worden⁶.

II. Zentrale Inhalte und Kritik aus Sicht der Intensivmedizin

1. Das Regelungskonzept

Der am 8. 12. 2022 vom Deutschen Bundestag verabschiedete und am 14. 12. 2022 in Kraft getretene §5c des IfSG⁷ sieht eine detaillierte Gesamtregelung vor, die den Anspruch erhebt, den Auftrag des BVerfG in verfassungskonformer Weise vollumfänglich umgesetzt zu haben. Diese Regelung soll den gleichberechtigten Zugang aller intensivmedizinisch behandlungsbedürftigen Patienten zur medizinischen Versorgung gewährleisten, d. h. jedwede Diskriminierung, insbesondere auch aufgrund einer Behinderung, ausschließen. Zugleich reklamierte der Gesetzgeber, dass die Regelung durch Festlegung eines materiellen Zuteilungskriteriums (§5c Abs. 2 Sätze 1–3 IfSG) sowie eines standardisierten Verfahrens (§5c Abs. 3 IfSG) die nötige Rechtssicherheit für die Ärzteschaft geschaffen habe⁸.

Im Einzelnen meint der Gesetzgeber diese Ziele dadurch erreicht zu haben, dass die zulässige Auswahl auf die Prognose der „aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit“ eingegrenzt ist und zudem explizit Kriterien benannt sind, die sich angeblich auf die aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit nicht auswirken. Genannt sind eine Behinderung, das Alter, die verbleibende mittel- oder langfristige Lebenserwartung, der Grad der Gebrechlichkeit und die Lebensqualität. Eventuell vorhandene Komorbiditäten (= zusätzliche Krankheiten neben

Prof. Dr. iur. Gunnar Duttge,
Zentrum für Medizinrecht, Institut für Kriminalwissenschaften/
Zentrum für Medizinrecht, Georg-August-Universität Göttingen,
Platz der Göttinger Sieben 6, 37073 Göttingen, Deutschland

Rechtsanwalt Dr. iur. Tobias Weimer, M. A.,
Hingbergstr. 377, 45472 Mülheim a. d. Ruhr, Deutschland

Beide Autoren sind Co-Verfasser einer gegen §5c IfSG namens
eines Kreises von Intensivmedizinern eingelegten Verfassungsbe-
schwerde (Az. 1 BvR 2284/23).

1) Allgemein Otto, in: *Hilgendorf/Kudlich/Valerius* (Hrsg.), *Handbuch des Strafrechts*, Bd. 2, 2020, §41, Rdnr. 8; mit Bezug zur Triage etwa *Engländer*, *medstra* 2023, 142, 143; *Rönnau/Wegner*, *JuS* 2020, 403, 404; *Sowada*, *NSStZ* 2020, 452, 453; zur Problematik der Benennung beachtenswert *Brettel/Schuh*, *MedR* 2022, 801, 804; „Pflichten müssen erfüllbar sein – nulla obligatio ultra posse; soweit mehrere Pflichten nicht zugleich erfüllbar wären, können sie nicht gleichzeitig bestehen, also auch nicht kollidieren“.

2) <https://www.divi.de/>.

3) Erstfassung März 2020: <https://www.divi.de/joomlatoools-files/docman-files/publikationen/covid-19-dokumente/200325-covid-19-ethik-empfehlung-v1.pdf>.

4) *BVerfGE* 160, 79 ff.

5) *BVerfGE* 160, 79, 127 f.: „die in deren besonderer Fachkompetenz und klinischer Erfahrung begründet liegt“.

6) *BVerfGE* 160, 79, 128: „Innerhalb dieses Rahmens hat der Gesetzgeber selbst zu entscheiden, ob er Vorgaben zu den Kriterien von Verteilungsentscheidungen macht“.

7) Durch das Zweite Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes, *BGBI.* 2022 I, S. 2235.

8) Begründung zum Gesetzentwurf, *BT-Dr.* 20/3877, S. 1 f., 9 ff.; zuvor zur Notwendigkeit einer gesetzlichen Autorisierung u. a. *Gärditz*, *ZfL* 2020, 381, 384 ff.; *Kersten/Rixen*, *Der Verfassungsstaat in der Corona-Krise*, 2020, S. 83; *Streng-Baumemann*, *ZfS* 2021, 170, 175 ff.; *Taupitz*, *MedR* 2020, 440, 441 f.

der Grunderkrankung) sollen nur dann für die Auswahl relevant werden, soweit sie aufgrund ihrer Schwere die auf die aktuelle Krankheit bezogene kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit erheblich verringern (§ 5c Abs. 2 S. 2 IfSG). Eine weitere – außerordentlich kontroverse – Festlegung ist, dass die notwendigen Zuteilungs- und Ausschlussentscheidungen von vornherein begrenzt sind auf Patienten, die noch nicht intensivmedizinisch behandelt werden (sog. ex ante-Triage)⁹; wer dagegen bereits intensivmedizinische Behandlungskapazitäten zugeteilt bekommen hat, bleibt von der Ressourcen- und Verteilungsproblematik ausgenommen und hat damit kraft Gesetzes einen unbedingten Behandlungsanspruch erworben (vgl. § 5c Abs. 2 S. 4 IfSG). Mit diesem Verbot der sog. ex post-Triage, d. h. der nachträglichen Re-Evaluation bereits behandelter Patienten im Vergleich zu später hinzugekommenen Erkrankten, hat der deutsche Gesetzgeber per saldo das Zufallsprinzip nach der Devise „first come first serve“ (auch als „Windhundprinzip“ bezeichnet)¹⁰ implementiert.

Bezogen auf das Verfahren verlangt § 5c Abs. 3 IfSG besondere fachspezifische Qualifikationen für die ärztlichen Beurteiler (Fachärzte mit mehrjähriger praktischer Erfahrung in der Intensivmedizin) sowie ein Vier-Augen-Prinzip: Im Falle eines Dissenses ist die Hinzuziehung einer dritten (gleich qualifizierten) ärztlichen Person erforderlich, um sodann eine Mehrheitsentscheidung herbeiführen zu können (§ 5c Abs. 3 S. 2 IfSG). Sind Personen mit einer Behinderung oder Komorbidität betroffen, „muss die Einschätzung einer hinzuzuziehenden Person berücksichtigt werden, durch deren Fachexpertise den besonderen Belangen dieser Patienten Rechnung getragen werden kann“ (§ 5c Abs. 3 S. 4 IfSG). Ausweislich der Gesetzesbegründung ist dabei u. a. an Pflegekräfte mit einschlägiger Spezialisierung und Berufserfahrung, aber auch etwa an Mitglieder eines Klinischen Ethikkomitees oder Vertretern von Behindertenorganisationen gedacht¹¹.

2. Eine Sample von Fragwürdigkeiten mit verfassungsrechtlicher Sprengkraft

Diese neuen Regelungen werfen bei näherer Analyse eine Reihe von Zweifelsfragen auf, die unlängst Anlass für mehrere Verfassungsbeschwerden – unmittelbar gegen § 5c IfSG gerichtet (Rechtssatzverfassungsbeschwerden) – gegeben haben. Anders als im ersten Verfassungsbeschwerdeverfahren erschöpft sich die verfassungsrechtliche Kritik dieses Mal nicht in der Geltendmachung des Behindertenbenachteiligungsverbots aus Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG (s. o. I.), sondern lenkt den Fokus auf die Perspektive der Gesamtheit aller in deutschen Kliniken betroffenen Intensivmediziner. Zentraler verfassungsrechtlicher Fokus ist dabei die ärztliche Berufsfreiheit nach Art. 12 GG, in die sämtliche der soeben benannten gesetzlichen Vorgaben und Beschränkungen eingreifen¹². Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, dass die ärztliche Profession in ihrer Grundkonzeption als „freier Beruf“ aufzufassen ist (vgl. § 1 Abs. 2 BAO, § 1 Abs. 1 S. 3 MBO-Ä), was auf Basis der besonderen ärztlichen Qualifikation und eines spezifisch berufsethischen Selbstverständnisses (vgl. § 1 Abs. 2 i. V. mit § 2 Abs. 1 MBO-Ä) zu eigenverantwortlichen Einschätzungen und Entscheidungen berechtigt. Zwar enthält § 5c IfSG keine Zulassungsschranken ähnlich einem Berufsverbot, sondern ausschließlich Berufsausübungsregelungen¹³; aber auch diese unterliegen dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz und bedürfen einer umso gewichtigeren Rechtfertigung, je einschneidender die Freiheit der Berufsausübung eingeengt wird¹⁴.

a) Prämisse der gesetzlichen Begrenzung der klinischen Erfolgsprognose auf die „aktuelle, kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit“ ist die Annahme, dass es innerhalb der medizinischen Versorgung ansonsten zu einer

sachwidrigen – „stereotypisierten“ – Beurteilung kommen könnte, obgleich eben dies bereits durch § 5c Abs. 1 S. 1 IfSG ausdrücklich untersagt ist. Der befürchtete Einfluss diskriminierender Haltungen auf Seiten der Intensivmediziner soll bei einer zeitlich eng limitierten Erfolgsprognose signifikant geringer oder sogar ausgeschlossen sein¹⁵. Für diese Hypothese fehlt es jedoch an jedweder empirischen Grundlage, sie ist im Gegenteil fern jeder Plausibilität, denn die Missachtung eines Verhaltensgebots aus Gründen einer diskriminierungsaffinen Fehllhaltung ist kein Regelverstoß qua „günstiger Gelegenheit“, sondern Ausdruck einer generellen Eigenschaft des Menschen, die sich nicht in einem Teil der Entscheidungsfälle stärker und in einem anderen Teil weniger manifestiert. Sachgerechte Instrumente zur Unterbindung solchen Fehlverhaltens sind in einer verbesserten, diskriminierungssensiblen Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie in regelmäßigen Mitarbeiterschulungen in den Kliniken zu suchen. Nicht lässt sich jedoch die Einsicht in das Problem und der geschuldete Rechtsgehorsam dadurch effektivieren, dass der an sich akzeptierte Entscheidungsparameter der „klinischen Erfolgsaussicht“¹⁶ abstrakt-generell eingeschränkt wird. Dass die Erfolgsprognose als solche diskriminierend und daher im Lichte des Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG bemakelt sein könnte, ist gerade nicht die Position von Gesetzgeber und BVerfG¹⁷. Die Limitierung der Erfolgsprognose auf die aktuelle kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit ändert nichts am evtl. Bestehen von diskriminierenden Fehllhaltungen. Als Antidiskriminierungsregelung ist die Vorgabe des § 5c Abs. 2 S. 1 IfSG daher ungeeignet, zumal Menschen mit massiven Behinderungen auch hiernach ohne Weiteres disproportionale Nachteile erleiden können – nämlich wenn ihre kurzfristige Überlebensdauer tatsächlich reduziert sein sollte¹⁸.

Es kommt hinzu, dass diese gesetzliche Vorgabe in den Kernbereich ärztlicher Fachexpertise eingreift: Denn welche Faktoren für die Prognose der klinischen Erfolgsaussicht überhaupt relevant sind, beurteilt sich allein nach dem

- 9) Zur begrifflichen und sachlichen Differenzierung zwischen ex ante-, ex post- und präventive Triage (samt eingehender rechtlicher Beurteilung) näher *Sternberg-Lieben*, ZfL 2022, 11 ff.
- 10) Z. B. *Duttge*, in: *Bahne/Römel* (Hrsg.), *Lebenswert in Verantwortung. Ethische Herausforderungen in der Corona-Pandemie*, 2022, S. 147, 156: „erhebt die Beliebigkeit zum Prinzip und verweigert sich der Setzung eines vernunftbegründeten Maßstabes“.
- 11) BT-Dr. 20/3877, S. 24.
- 12) Daneben ist auch eine Verletzung der ärztlichen Gewissensfreiheit (Art. 4 Abs. 1 GG), des Gleichheitssatzes (Art. 3 Abs. 1 GG) mit Blick auf die andersartigen Verteilungsregeln des § 12 TPG sowie des Bestimmtheitsgebots aus Art. 103 Abs. 2 GG aufgrund der zahlreichen Unsicherheiten – insbesondere bzgl. der Rechtsfolgen bei evtl. Verstößen – gerügt.
- 13) Zur sog. „Dreistufenlehre“ in Konkretisierung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes nach Maßgabe der Eingriffstiefe – Berufsausübung, subjektive bzw. objektive Zulassungsschranke – grundlegend das Apothekenurteil: BVerfGE 7, 377, 402 ff.
- 14) Insbesondere BVerfGE 11, 30, 42 f.; s. auch BVerfGE 86, 28, 38 f.; 103, 172, 183 f.; BVerfGE NVwZ 2011, 355, 356; in der neueren Rspr. des BVerfG wird die „Dreistufenlehre“ – sofern überhaupt – nicht mehr trennscharf zugrunde gelegt, sondern nur noch „flexibilisiert“ je nach Anwendungskontext, dazu näher *Wollenschläger*, in: *Dreier* (Hrsg.), *GG-Kommentar*, 4. Aufl. 2023, Art. 12, Rdnrn. 127 f. m. w. N.
- 15) Vgl. BT-Dr. 20/3877, S. 21: „...wird die Gefahr einer – auch unbewussten – Stereotypisierung reduziert“.
- 16) Verfassungsrechtlich akzeptiert von BVerfGE 160, 79, 122.
- 17) Vgl. auch *Dufner*, *Ethik in der Medizin* 2023, 389, 390 f.
- 18) Beispiel: Menschen mit einer spinalen Muskelatrophie werden auch nach Maßgabe des § 5 Abs. 2 S. 1 IfSG disproportionale Nachteile zugemutet, wenn ihre kurzfristige Überlebensdauer tatsächlich reduziert sein sollte (dazu *Dietrich*, *Ethik in der Medizin* 2023, 409, 421: anfechtbare Differenzierung bzgl. der Einschätzung des Diskriminierungspotentials).

evidenzbasierten medizinisch-wissenschaftlichen Stand der Erkenntnisse und nicht nach Maßgabe einer sachfremden politischen Mehrheitsentscheidung. Deshalb gilt von Verfassung wegen die Maxime, dass sich die staatliche Gewalt nicht zum Richter im medizinischen Methodenstreit aufschwingen darf¹⁹. Die prognostische Abschätzung der Überlebensperspektiven ist eine der schwierigsten Aufgaben auf einer Intensivstation: Hierin gehen eine Vielzahl von Parametern ein. Von zentraler Bedeutung ist der funktionelle Status, d. h. das Ausmaß an Funktionsstörungen vitaler Organe sowie Zahl und Schweregrad zusätzlicher Erkrankungen. Nach dem bisherigen intensivmedizinischen Selbstverständnis beschränkt sich die Prognose niemals auf die akute, kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit, sondern nimmt stets die darüber hinausreichenden Perspektiven des einzelnen Patienten in den Blick: Denn Intensivmedizin versteht sich als Brücke des Überlebens hin zu einem wiedergewonnenen Leben auf eigenen Beinen²⁰. Die gesetzliche Vorgabe des § 5c Abs. 2 S. 1 IfSG zwingt Intensivmediziner daher zum diametralen Gegenteil ihres auf das Patientenwohl gerichteten Fokus und de facto zu einem Verzicht auf eine seriöse Indikationsstellung, denn diese hängt immer auch von dem Vorkommen und Ausmaß zusätzlicher Erkrankungen (Komorbiditäten) und dem funktionellen Status – etwa einer Gebrechlichkeit – ab²¹. Wenn § 5c Abs. 2 S. 3 IfSG dagegen im Stile einer erfahrungswissenschaftlichen Tatsache behauptet, dass sich die Gebrechlichkeit eines Patienten auf die aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit nicht auswirke, so ist das nach dem geltenden Stand der fachlichen Erkenntnis eine „eindeutig falsche Tatsachenbehauptung, in Paragraphenform gegossen“²². Diese Missachtung des fachwissenschaftlichen (intensivmedizinischen) state of the art²³ wiegt mit Blick auf die ärztliche Berufsfreiheit und das Selbstverständnis der Intensivmediziner schwer, ohne dass sich hierfür ein auch nur ansatzweise überzeugender Sachgrund erkennen lässt: Denn wie der Gesetzgeber selbst zu Recht betont, kann doch der „Gefahr einer Stereotypisierung“ letztlich nur eine „auf den konkreten Einzelfall ausgerichtete ärztliche Beurteilung [allein]²⁴ des gesundheitlichen Zustands“ entgegenwirken²⁵, nicht aber – so wäre richtigerweise zu ergänzen – ein „Kastrieren“ der ärztlichen Beurteilungsbasis.

b) Das Verbot der sog. ex post-Triage (§ 5c Abs. 2 S. 4 IfSG) widerspricht eklatant der zentralen Grundentscheidung zugunsten einer Gleichbehandlung aller intensivpflichtigen Patienten (Abs. 1 S. 1). Insoweit besteht daher schon gesetzesimmanent ein Selbstwiderspruch, weil die Regel des § 5c Abs. 2 S. 4 IfSG zu einer kategorialen (man könnte auch sagen: stereotypen)²⁶ Ungleichbehandlung zwingt (verfassungsrechtlich: Art. 3 Abs. 1 i. V. mit Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG: Recht auf chancengleiche Lebensrettung)²⁷. Im Lichte des gesetzgeberischen Regelungsziels – der Antidiskriminierung – kommt erschwerend hinzu, dass es wohl gerade die besonders vulnerablen Patientengruppen sind, die hierdurch systematisch benachteiligt werden²⁸: Denn diese haben aufgrund ihrer Behinderung ungleiche Chancen, frühzeitig den Ort der intensivmedizinischen Behandlung zu erreichen und rechtzeitig Behandlungskapazitäten zugeteilt zu bekommen. Dies tangiert in besonderer Weise die ärztliche Berufs- und Gewissensfreiheit, weil Intensiv- und Notfallmediziner auf diese Weise gezwungen werden, diese besonders benachteiligte Personengruppe im präklinischen Vorstadium ihrem Schicksal zu überlassen²⁹.

Des Weiteren konterkariert der kategorische Ausschluss jedweder Re-Evaluierung das eigene materielle Zuteilungskriterium (s. o.), denn für jede Patientengruppe, der bereits intensivmedizinische Behandlungskapazitäten zugeteilt wurden, gilt das in § 5c Abs. 2 S. 1 IfSG herausgestellte Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht gerade nicht mehr (und für jene, die zu spät die Intensivstation errei-

chen, ebenso wenig)³⁰. Wiederum ist daher festzustellen, dass der Gesetzgeber sein eigenes Bewertungskonzept nicht folgerichtig umgesetzt hat. Zudem lässt sich die kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit nach den Erfahrungen der Intensivmedizin bei vielen Patienten erst nach Durchführung eines intensivmedizinischen Behandlungsversuchs (einigermaßen) verlässlich abschätzen³¹. Die Folge ist daher, dass der in § 5c Abs. 2 S. 1 IfSG gesetzlich festgelegte Allokationsmaßstab überhaupt nicht valide umgesetzt werden kann: Denn wenn die eingetroffenen Patienten zunächst intensivmedizinisch behandelt werden müssen, um überhaupt eine klinische Erfolgsprognose zu treffen, haben sie bereits intensivmedizinische Behandlungskapazitäten „zugeteilt“ erhalten, die ihnen nach der Vorgabe des § 5c Abs. 2 S. 4 IfSG nicht mehr genommen werden dürfen. Jene, die dagegen zu spät eintreffen, werden ohnehin nicht nach Maßgabe des Zuteilungskriteriums behandelt, sondern von vornherein ausgeschlossen. Per Saldo ist § 5c IfSG daher praktisch unanwendbar, weil die hierin normierte Konkurrenzsituation – bezogen auf einen Überbedarf an Kapazitäten exakt zu demselben Zeitpunkt vor Zuteilung und Behandlungsaufnahme (ex ante) – der seltene Ausnahmefall sein dürfte³². Damit wird im Kern die gesetzgeberische Aufgabe verfehlt, der Ärzteschaft in der Situation des Überbedarfs praktisch relevante Regeln an die Hand zu geben.

Der mit § 5c Abs. 2 S. 4 IfSG geschaffene Rechtszwang, akut hilfsbedürftige Patienten selbst dann intensivmedizinisch unversorgt zu lassen, wenn sie eine weit bessere klinische Erfolgsaussicht haben als Patienten, die bereits behandelt werden, verletzt schon die menschliche Logik und natürlich auch das ärztliche Selbstverständnis im Kern. Das

19) Treffend *Laufs*, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp* (Hrsg.), *Arztrecht*, 6. Aufl. 2009, Kap. I, Rdnrn. 42f.

20) Statt vieler nur *Quintel*, in: *Salomon*, *Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin*, 3. Aufl. 2018, S. 19ff.; zum aktuellen Problem der „Übertherapie“ s. z. B. *Michalsen/Neitzke* u. a., *Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI und der Sektion Ethik der DGIN, Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* 2021, 281 ff.

21) Beispielfhaft: *Riessen* et al., *DMW* 2019, 1470, 1472; *Guidet/de Lange/Boumendil* et al., *Intensive Care Medicine* 2020, 57–69.

22) *Zwissler*, *Anaesthesiologie* 2023, 381, 383.

23) In Widerspruch zum Vorbringen des Gesetzgebers, vgl. *BT-Dr. 20/3877*, S. 20.

24) Zusatz durch *Verf.*

25) *BT-Dr. 20/3877*, S. 21.

26) Im sozialpsychologischen Verständnis „verfestigte, schematische, objektiv weitgehend unrichtige kognitive Formeln, die zentral entscheidungserleichternde Funktion in Prozessen der Um- und Mitweltbewältigung haben“ (*Bergler/Six*, in: *Graumann* [Hrsg.], *Sozialpsychologie*, Bd. 7, 2. Halbbd., 1972, S. 1371).

27) Üblicherweise zum Ausdruck gebracht durch den „Grundsatz der Lebenswertindifferenz“, dazu *BVerfGE* 115, 118, 139; im Ergebnis auch *BVerfGE* 160, 79, 128; aus der Literatur u. a. *Busch*, *ZStW* 132 (2020), 742, 759f.; *Fateh-Moghadam/Gutmann*, *Verfassungsblog* v. 30.4.2020, <https://verfassungsblog.de/gleichheit-vor-der-triage/>.

28) Wie hier z. B. auch *Bormann*, in: *Hilgendorf/Hoven/Rostalski* (Hrsg.), *Triage in der (Strafrechts-)Wissenschaft*, 2021, S. 109, 121.

29) Vgl. auch *Marckmann* et al., *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* 2020, 477, 478; medizinethische Pflicht zum Einschluss aller Patienten, die einer Intensivbehandlung bedürfen.

30) Treffend *Huster*, in: *Kämper/Schilberg* (Hrsg.), *Triage, Kirche und Recht – Beihefte Bd. 9*, 2024, S. 35, 39: Verbot der ex post-Triage bringt Kriterium der Erfolgsaussicht praktisch zum Erliegen.

31) Z. B. *Butler/Webster/Diekema*, *Journal of Medical Ethics* 2022, 10.1136/jme-2022-108262; *Gruyters/De Ridder/Bruckers* et al., *Anaesthesiology Intensive Therapy* 2022, 3 ff.; *Michalsen* et al., in: *Michalsen/Sadovnikoff/Kescioglu* (Hrsg.), *Ethics in intensive care medicine*, 2023, S. 81–94.

32) Wie hier auch *Taupitz*, *MedR* 2020, 181, 184.

ärztliche Dilemma verstärkt sich noch durch den Umstand, dass nach den Ergebnissen einer Simulationsstudie am Universitätsklinikum Augsburg das Verbot der ex post-Triage per saldo die Gesamtmortalität auf deutschen Intensivstationen eher erhöhen dürfte³³. Es rührt jedoch am genuinen Auftrag und Selbstverständnis von Intensivmedizinern, wenn sie durch politischen Zwang daran gehindert werden, faktisch durchaus rettbar Menschen vor einem vorzeitigen Versterben zu bewahren. Ist an eine – nach Vorstehendem keineswegs auszuschließenden – Missachtung des § 5c Abs. 2 S. 4 IfSG u. U. auch noch eine Strafdrohung geknüpft, was der Gesetzgeber im Lichte der erhofften Rechtssicherheit unverständlicherweise offengelassen hat³⁴, befinden sich die Ärzte in einer geradezu ausweglosen Lage zwischen Skylla und Charybdis. Die Annahme einer Strafbarkeit liegt dabei durchaus nahe, weil der Gesetzgeber im sanktionenrechtlichen Teil des Infektionsschutzgesetzes (vgl. §§ 73 ff.) insoweit keine Regelung getroffen hat, aber davon ausgegangen werden muss, dass die vom Gesetzgeber mit Nachdruck befürwortete Verbotregelung des § 5c Abs. 2 S. 4 IfSG nicht folgenlos missachtet werden soll³⁵.

c) § 5c Abs. 3 Sätze 1–4 IfSG sehen schließlich zwingend die Mitbeteiligung und -entscheidung eines zweiten intensivmedizinisch qualifizierten Arztes vor; im Falle eines Dissenses soll ein Drittarzt den Ausschlag geben. Bei Patienten mit einer „Behinderung“ (d. h. mit einer erheblichen, längerfristigen Beeinträchtigung ihrer Fähigkeit zur selbstständigen, individuellen Lebensführung)³⁶ oder einer Komorbidität – dies dürfte bei Intensivpatienten der Regelfall sein – bedarf es zusätzlich einer weiteren „Fachexpertise“ für diese besonderen Belange. Dass in den Krankenhauseinrichtungen in zugespitzten Krisensituationen die Realisierung dieser zeit- und personalaufwendigen Prozeduren überhaupt möglich ist, kann freilich mit größter Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden: Denn die Erfahrungen aus der SARS-Cov-2-Pandemie haben gezeigt, dass es in der Regel bereits am notwendigen (qualifizierten) Personal mangelt, bedingt durch eigene Infektionen, aber auch durch zunehmende Überlastung und Erschöpfung³⁷.

In zugespitzter Personalnot wird diese knappe Ressource „Personal“ somit bei Beachtung des § 5c Abs. 3 IfSG daran gehindert, Leben zu retten, um stattdessen für Zweitbegutachtungen und ggf. Drittvoten zur Verfügung zu stehen (ganz abgesehen von dem damit einhergehenden Dokumentationsaufwand, dazu § 5c Abs. 4 IfSG i. V. mit § 630f BGB). Noch weniger gibt es eine verlässliche Aussicht, dass in einer unter Umständen sich dynamisch zuspitzenden Versorgungssituation auf Intensivstationen das von Gesetzes wegen verlangte behinderten- oder komorbiditätenspezifische „Fachpersonal“ in ausreichender Zahl und Qualifikation zu gewinnen oder auch nur vorzuhalten ist. Damit verkehrt sich jedoch der durch die Gesamtregelung intendierte Schutz in praxi in sein Gegenteil. Nicht nur aus der Perspektive der Ärzteschaft, sondern auch der Bevölkerung dürfte es schlechterdings unverständlich sein, dass den gesetzlichen Verfahrensregeln ein höheres Gewicht zukommen sollte als dem Anliegen, das Leben möglichst vieler lebensbedrohlich erkrankter Patienten zu retten. Hinzu kommt überdies noch die manifeste Unsicherheit, den Kreis der von Gesetzes wegen geeignet qualifizierten Personen zu identifizieren, so dass die betroffenen Ärzte selbst bei Beteiligung zusätzlichen Fachpersonals nicht verlässlich wissen, ob das verfahrensrechtliche Erfordernis des § 5c IfSG tatsächlich erfüllt ist. Wie diese spezifische Fachexpertise schließlich „in die Zuteilungsentscheidung der entscheidenden Ärzte ... einfließen“ kann (vgl. § 5c Abs. 3 S. 4 IfSG: „berücksichtigen“), ohne dass den Mitbeteiligten im Lichte des Arztvorbehalts ein Stimmrecht zukommt³⁸, lässt subtile Abgrenzungsprobleme und -konflikte erwarten.

3. Das übergangene Verfassungsrechtsproblem

Mit frappierender Selbstverständlichkeit ist der Gesetzgeber davon ausgegangen, dass sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG ergibt³⁹. Denn § 5c IfSG trifft ausschließlich Regelungen mit Blick auf eine Überlastungslage infolge „übertragbarer Krankheiten“ und weicht damit entscheidend ab vom ursprünglichen Referentenentwurf des BMG (vom 2. 6. 2022), der sich seinerzeit auf sämtliche Lagen „pandemiebedingt nicht ausreichend vorhandener ... Behandlungskapazitäten“ bezog⁴⁰. Dieser wäre daher sehr rasch dem Verdikt einer formellen Verfassungswidrigkeit zum Opfer gefallen, was der Gesetzgeber mit der vorgenommenen Eingrenzung des sachlichen Anwendungsbereiches augenscheinlich zu verhindern suchte. Denn das Unterstellen der Regelung in den Kontext des Infektionsschutzgesetzes legt prima vista die in Anspruch genommene Bundeskompetenz nahe: Schließlich besteht der grundlegende Zweck der infektionsschutzrechtlichen Vorschriften doch gerade darin, den schädlichen Auswirkungen „übertragbarer Krankheiten (!) vorzubeugen“; diese „frühzeitig zu erkennen“ und deren „Weiterverbreitung zu verhindern“ (§ 1).

Innerhalb dieses Rahmens, der sämtliche Maßnahmen der Prävention wie der Risikoversorge einbezieht, sind die Regelungen des IfSG zweifelsohne von der Gesetzgebungskompetenz des Bundes gedeckt. Das BVerfG hat dies zuletzt für die Befugnis zur Anordnung von Kontaktbeschränkungen nach § 28b Abs. 1 IfSG⁴¹ wie für Beschränkungen des Schulunterrichts bis hin zum Verbot von Präsenzunterricht nach § 28b Abs. 3 IfSG – sog. „Bundesnotbremse“⁴² – anerkannt. Ausschlaggebend war in beiden Fällen der Umstand, dass die angegriffenen Regelungen auf Grundlage der bestehenden infektiologischen Erkenntnisse justament den Zweck verfolgten, der weiteren Ausbreitung des Coronavirus entgegenzuwirken („Eindämmung“) und dabei insbesondere einer Infizierung bislang noch nicht betroffener Personen vorzubeugen⁴³. In beiden Fällen handelte es sich daher um Maßnahmen, die dezidiert „gegen“ die Wirkungen des Coronavirus gerichtet waren.

In Bezug auf § 5c IfSG ist die Sachlage jedoch eine wesentlich andere: Regelungen zur Priorisierung von Patienten im Fall eines nicht mehr ausreichenden Bestands von intensivmedizinischen Kapazitäten beziehen sich auf eine Situation, in der Maßnahmen der frühen Erkennung, Vorbeugung und Eindämmung gegen eine weitere Ausbreitung der übertragbaren Krankheit nicht (hinreichend) effektiv waren und infolgedessen nicht mehr alle intensivpflichtigen Patienten gleichermaßen versorgt werden können. Solche Regelungen tragen nichts zum Infektionsschutz bei, sondern kommen erst dann zur Anwendung,

33) Garber/Brunner/Heller et al., *Anästhesiologie* 2023, 555, 561; *dies.*, *Notfall + Rettungsmedizin* 2022, 221 ff.

34) Vgl. dazu den kryptischen Verweis auf die „allgemeinen Regelungen“ des Strafrechts: BT-Dr. 20/3877, S. 20.

35) Wie hier auch Rosenau, GA 2023, 121, 136; Walther/Huster, *Die Anaesthesiologie* 2023, 395, 397.

36) BT-Dr. 20/3877, S. 22 unter Verweis auf BVerfGE 160, 79, 111.

37) Vgl. z. B. Doelfs, *kma – Klinikmanagement aktuell* 2021, 34 ff.; Schulze/Holmberg, *Public Health Forum* 2021, 32 ff.; Wolff/Becker u. a., *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* 2023, 556 ff.

38) Vgl. BT-Dr. 20/3877, S. 24; s. auch BVerfGE 160, 79, 127: „Letztverantwortung des ärztlichen Personals für die Beurteilung medizinischer Sachverhalte im konkreten Einzelfall“.

39) BT-Dr. 20/3877, S. 11.

40) http://liga-selbstvertretung.de/wp-content/uploads/2022/06/220602_Referentenentwurf_Triage.pdf. [Zugriff am 26. 2. 2024].

41) BVerfGE 159, 223, 279 ff.

42) BVerfGE 159, 355, 394 ff.

43) BVerfGE 159, 223, 282 bzw. BVerfGE 159, 355, 397.

wenn dieser versagt hat. Der Begriff der „Maßnahme“ im Sinne von Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG umfasst nach Maßgabe des BVerfG nur „Instrumente zur Bekämpfung bereits aufgetretener Krankheiten als auch solche zur Vorbeugung“⁴⁴: Sedes materiae sind also Instrumente der Gefahrenabwehr und der Risikoversorge⁴⁵. Hierzu zählt jedoch eine Regelung zur Verteilungsgerechtigkeit bei nicht mehr ausreichend vorhandenen Ressourcen eindeutig nicht: Sie trägt zur praktischen Wirksamkeit des Infektionsschutzes nichts bei⁴⁶, weder unmittelbar noch mittelbar, sondern ihre Notwendigkeit ergibt sich vielmehr – wie ihre Vorgeschichte illustriert (s. o. I.) – aus dem hoheitlichen Schutzauftrag nach Maßgabe des Art. 3 Abs. 3 S. 2 (i. V. mit Art. 2 Abs. 2 S. 1) GG⁴⁷.

Die vom Verfassungsgeber formulierten Voraussetzungen des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG sind nach den allgemeinen Grundsätzen der Verfassungsinterpretation, d. h. nach ihrem Wortsinn, nach Systematik, Normzweck und Entstehungsgeschichte zu deuten; für Zweckmäßigkeitserwägungen ist dabei kein Raum⁴⁸. Die Zuordnung einer bestimmten Regelung zu jener Kompetenznorm erfolgt nach Maßgabe ihres objektiven Regelungsgegenstandes⁴⁹. Die in § 5c IfSG getroffene Festlegung von materiellen Zuteilungskriterien sowie von besonderen Verfahrensweisen für unmittelbar patientenbezogene ärztliche Zuteilungsentscheidungen betrifft im Kern das ärztliche Berufsrecht, dessen regulatorische Ausgestaltung in Bezug auf die Berufsausübung – d. h. jenseits der Berufszulassung (vgl. §§ 1 ff. BÄO) – der Gesetzgebungskompetenz der Länder unterfällt (Art. 30, 70 GG). Hier greift der für Art. 74 Nr. 19 GG maßgebliche Zweck einer Bundeskompetenz – die notwendig einheitliche Gesetzeslage für den Schutz vor und die Vorsorge gegen potentiell länderübergreifenden gesundheitlichen Krisenlagen⁵⁰ – gerade nicht. Soweit jedoch die Grenzen von Sinn und Normtext des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG überschritten sind, ist es unzulässig, hierauf einen Gesetzgebungsakt zu stützen, der genuin in die Kompetenz der Bundesländer fällt⁵¹. Diese – historisch bedingte – Beschränkung der Bundeskompetenz darf daher auch nicht durch eine erweiternde Auslegung anderer Kompetenztitel unterlaufen werden⁵². Weil auch andere Kompetenztitel nicht einschlägig sind und ebenso wenig eine solche „kraft Sachzusammenhangs“ konstruiert werden kann⁵³, ist § 5c IfSG mangels einer Bundeskompetenz auch formell verfassungswidrig.

III. Perspektiven

Im Ganzen sind die Einzelregelungen des § 5c IfSG zum Teil bereits gänzlich ungeeignet, das gesetzgeberische Regelungsziel der effektiven Diskriminierungsabwehr bei Patienten mit Behinderungen auf nachvollziehbare Weise zu befördern. Vor allem aber sind sie im freiheitsrechtlichen Sinne entweder nicht erforderlich oder doch jedenfalls in ihrer die ärztliche Berufsfreiheit einschränkenden Dimension derart tiefgreifend invasiv, dass sie den Intensivmedizinern als schlechterdings unzumutbar erscheinen müssen: Denn sie zwingen die betroffenen Ärzte zu unprofessionellem Tun, was im internationalen Vergleich mit ausländischen Fachkollegen einen völlig aus dem Rahmen fallenden „deutschen Sonderweg“ darstellt. Vor diesem Hintergrund ist es eine folgerichtige – aber auch bezeichnende – Gegebenheit, dass sich der Verband der Universitätskliniken in Deutschland (VUD) inzwischen außerstande erklärt hat, eine „Musterverfahrensanweisung“ als Vorbild für die den Krankenhäusern abverlangte einrichtungsinterne Regelung der organisatorischen Details (vgl. § 5c Abs. 5 S. 1 Nr. 2 IfSG) zu erarbeiten.

Im Lichte der ärztlichen Berufsfreiheit fehlt es dem Gesetz von Grund auf an der nötigen Ausgewogenheit: Die Regelungen fokussieren ausschließlich auf das Verbot der

Benachteiligung von behinderten Menschen und lassen nicht einmal ansatzweise erkennen, dass sich der Gesetzgeber auch mit den Sachgegebenheiten ärztlicher Entscheidungen auf Intensivstationen befasst hat. Die Vorgaben sind offensichtlich Resultat eines höchst einseitigen Blickwinkels, resultierend aus der Vorgeschichte, die zum Beschluss des BVerfG v. 16.12.2021 geführt hat (s. o. I.); denn Anlass und Verfahrensgegenstand dieses Beschlusses war ausschließlich die Pflicht des Staates zum Schutz von Menschen mit Behinderungen. Auf diese Weise hat der Gesetzgeber das verfassungsrechtliche Leitbild der „praktischen Konkordanz“⁵⁴ verfehlt: Denn danach ist verlangt, dass widerstreitende verfassungsrechtliche Schutzgüter mit dem Ziel der Optimierung zu einem Ausgleich gebracht werden müssen, was einer generellen Vorrangstellung (etwa der Antidiskriminierung) entgegensteht⁵⁵. Dieses übergreifende Ziel ist mit § 5c IfSG evident verfehlt worden; das neue Gesetz verletzt daher die ärztliche Berufsfreiheit und ist demzufolge verfassungswidrig.

Der parlamentarische Gesetzgeber hat je nach betroffenem Sachgebiet durchaus einen mehr oder minder weitreichenden Einschätzungs- und Gestaltungsspielraum; dieser ist allerdings nicht grenzenlos: Wie das BVerfG justament im hiesigen thematischen Kontext betont hat, ist der Gesetzgeber „durch die Eigenart des in Rede stehenden Sachbereichs und die zu beachtenden Grundrechte aller Betroffenen“ gebunden⁵⁶. Die Untergrenze gesetzgeberischer Rationalität ist dann unterschritten, wenn der Normgeber blind für die Gegebenheiten der klinischen Praxis und einer seriösen fachärztlichen Indikationsstellung „freihändig“ normative Setzungen vornimmt. Mit dem früheren Bundesverfassungsrichter *Hassmer*: „Der Gerechtigkeitsanspruch des Rechts braucht Wahrheit, setzt Empirie voraus“⁵⁷. Nicht zuletzt hat der Gesetzgeber sträflich übersehen, dass das Verbot der ex post-Triage alle Bemühungen der Intensivmedizin zunichtemachen dürfte, die vielfältigen Erscheinungsformen der sog. „Übertherapie“ – unter Missachtung der Indikationsstellung – einzudämmen⁵⁸. Auf deutschen Intensivstationen werden in vielerlei Form

44) BVerfGE 159, 223, 281.

45) Vgl. *Rengeling*, in: *Isensee/Kirchhof* (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland, Bd. VI, 3. Aufl. 2008, § 135 Rdnr. 264: z. B. Impfung, Vorsorgeuntersuchungen, Meldepflichten u. a.

46) Wie hier auch *Dederer/Preiß*, JZ 2022, 170, 175.

47) BVerfGE 160, 79, 118 ff.

48) St. Rspr., vgl. BVerfGE 157, 223, 261; 159, 223, 280; 159, 355, 395.

49) BVerfGE 121, 317, 348; 142, 268, 283 159, 355, 395 f.: allein der sachliche Gehalt der betreffenden Regelung.

50) *Rehborn*, in: *Friauf/Höfling* (Hrsg.), Berliner Kommentar zum Grundgesetz, Stand: 38. Erg.-Lfg. 2012, Art. 74 Abs. 1 Nr. 19, Rdnr. 38.

51) Vgl. *Kenn*, MedR 2015, 787, 790: kein Zugang zu einer ausge dehnten Reglementierung des Arztberufs.

52) BVerfGE 106, 62, 132: sogar „Sperrwirkung“ für den Bereich der Berufszulassung.

53) Zu den Voraussetzungen vgl. etwa BVerfGE 3, 407, 421; 138, 261, 274; 140, 65, 93.

54) *Hesse*, Grundzüge des Verfassungsrechts der Bundesrepublik Deutschland, 20. Aufl. 1995, Rdnr. 72.

55) S. z. B. BVerfGE 83, 130, 142; weiterhin BVerfGE 41, 29, 51; 77, 240, 253; 81, 278, 292; 97, 391, 401; aus der Literatur bspw. *Schladebach*, Der Staat 2014, 263 ff.

56) BVerfGE 160, 79, 127.

57) *Hassmer*, in: FS f. *Eser*, 2005, S. 115, 123.

58) Dazu bspw. *Druml/Druml*, Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin 2019, 194, 196; *Michalsen/Neitzke/Dutzmann* et al., Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI und der Sektion Ethik der DGfN, Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin 2021, 281–294; zu den juristischen Implikationen s. z. B. *Duttge*, Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin 2021, 229 ff.

Patienten länger behandelt und am Sterben gehindert, als dies eigentlich mit der ärztlichen Fürsorgepflicht („primum non nocere“) vereinbar ist. Es liegt auf der Hand, dass der mit § 5c Abs. 2 S. 4 IfSG geschaffene vorrangige Anspruch auf Lebensrettung (für die bereits Behandelten) in praxi dazu führen dürfte, die hierfür notwendige Indikation im Zweifel nicht mehr sorgfältig zu evaluieren, um sich nicht dem Verdacht auszusetzen, das Verbot der ex post-Triage zu umgehen. All dies sind absehbare Kollateralschäden unabsehbaren Ausmaßes; es kann nicht behauptet werden, dass der Gesetzgeber bei Verabschiedung der neuen Regelung mit hinreichender Sachkunde gehandelt hat. Deshalb steht zu hoffen, dass das BVerfG die Reißleine zieht und die Chance zu einem zweiten Versuch eröffnet.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die

Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Der Kampf des Menschen gegen seine natürlichen Grenzen (Teil 1)

Heilung – Verbesserung – Befreiung*

Wolfram Eberbach

A. Der Traum des Menschen ...

Der Traum und das Streben des Menschen waren von Anfang an, sich aus seiner Gebundenheit an die Natur (*auch seiner eigenen*) – wie, wo und wozu auch immer – zu befreien. Dazu gehörte vor allem, sich die Arbeit zu erleichtern, die für die Erhaltung seiner Existenz unerlässlich war. Dazu gehörte jedoch ebenso, die Fesseln seiner eigenen Natur, seiner Abhängigkeit von seinen körperlichen und geistigen Fähigkeiten – und Unfähigkeiten – zu lockern und wo möglich abzustreifen. Doch niemals hätte der Mensch auch nur geahnt, was daraus werden würde.

Die folgenden Ausführungen sollen an wenigen Beispielen diesen „Drang zum Höheren“ darstellen und plausibel machen: all dies sind nur Zwischenstufen. Im Vordergrund steht daher hier, was technisch möglich ist und kommen könnte. Das „rechtliche Dürfen oder Sollen“ folgt mit einigen Anmerkungen jeweils am Schluss jeden Kapitels.

I. Lösung aus der Naturgebundenheit

Der Traum von der Arbeitsentlastung findet sich schon vor rund 2500 Jahren im Werk „Politik“ des *Aristoteles*: „Wenn jedes Werkzeug auf Geheiß, oder auch vorausahnend, das ihm zukommende Werk verrichten könnte, wie des Dädalus Kunstwerke sich von selbst bewegten oder die Dreifüße des Hephästos aus eigenem Antrieb an die heilige Arbeit gingen, wenn so die *Weberschiffe von selbst webten*, so bedürfte es weder für den Werkmeister der Gehilfen noch für die Herren der Sklaven.“¹

Getrieben von diesem alten Traum eines bequemeren, unabhängigeren Lebens, trugen zu allen Zeiten Entwicklungen in den verschiedensten Lebensbereichen dazu bei,

Kraft und Aufwand ersparende Techniken zu erfinden und damit in neue Dimensionen vorzustoßen – etwa Kraft sparende Erfindungen wie die Dampfmaschine, oder Erfindungen die halfen, weite Entfernungen mit dem Menschen nicht möglicher Geschwindigkeit zu überwinden, wie das Auto und das Flugzeug.

II. Realisierung in der Technik

Unabsehbar war bei der Erfindung der Dampfmaschine², dass sie nicht nur vor Ort arbeiten, sondern dass man sie eines Tages auf „bewegliche Unterlagen“ montieren würde. Ab da veränderte sie als *Dampflokomotive* die Transportmöglichkeiten – heute fahren, inzwischen mit andrem Antrieb, Güterzüge mit Zuglängen bis über 700 m³. Und Personenzüge mit Lokomotiven, die von Diesel- und Elektromotoren angetrieben sind⁴, mit Geschwindigkeiten bis fast 400 km/h⁵. Diese Zukunft sah man der Dampfmaschine nicht an.

* Der einfacheren Lesbarkeit wegen wird im Folgenden das generische Maskulinum verwendet. Im Hinblick auf die schnelle Entwicklung der hier behandelten Themen ist darauf hinzuweisen, dass die Literatur bis zum 25. 3. 2024 berücksichtigt werden konnte.

1) *Aristoteles (384–322 vor Christus)*, Politik, 1. Buch, 4. Kapitel – zitiert in: *Biese*, Die Philosophie des Aristoteles. Zweiter Band, Berlin, 1842.

2) 1769 reichte *James Watt* seine Dampfmaschine zum Patent ein, <https://www.wissen.de/ddwg/dampfmaschine-von-james-watts-1768>, Aufruf: 10. 3. 2024.

3) <https://de.wikipedia.org/wiki/G%C3%BCterzug#Zugi%C3%A4nge>: Im Jahr 2015 waren 11 % der Güterzüge länger als 700 m; Aufruf: 10. 3. 2024.

4) *TrainTracksHQ*, Wie werden Züge angetrieben? Aufruf: 10. 3. 2024.

5) Auf der Schnellfahrstrecke Hannover – Berlin erreichte ein ICE S eine Geschwindigkeit von 393 km/h, https://de.wikipedia.org/wiki/ICE_S, Aufruf: 10. 3. 2024.