

# Verteilung knapper Ressourcen in der Intensiv- und Notfallmedizin

Eine ethischer Hintergrundkommentar zur gemeinsamen Stellungnahme der AEM und anderer medizinischer Fachgesellschaften vom 25.3.2020

Ralf Stoecker

Die Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) versteht sich als Forum für die professionelle Auseinandersetzung mit medizinethischen Themen und nicht als Vertreterin bestimmter medizinethischer Positionen. Trotzdem hat sich der Vorstand der AEM dazu entschlossen, am 25. März 2020 zusammen mit einer Reihe weiterer medizinischer Fachgesellschaften eine Empfehlung für die Zuteilung knapper Ressourcen in der Intensiv- und Notfallmedizin zu veröffentlichen (kurz: Ressourcen-Stellungnahme). Die akute Bedrohung durch die COVID-19-Pandemie und die Befürchtung, dass es trotz aller Vorbereitungen zu Engpässen bei der Versorgung mit lebenswichtigen medizinischen Ressourcen kommen könnte, hat den Vorstand veranlasst, in dieser Stellungnahme auf die Beachtung bestimmter ethischer Grundregeln zu dringen.

Viele dieser Empfehlungen sind unkontrovers (z.B. die Warnung vor sozialer Diskriminierung), einige sind aber Gegenstand von fachlichen und öffentlichen Debatten. Der folgende Kommentar soll deshalb eine Art argumentativer Landkarte für den ethischen Hintergrund dieser Debatten bieten, die die Leserinnen und Leser in die Lage versetzt, die Grundgedanken der Stellungnahme nachvollziehen zu können, um sich ihr anzuvertrauen, aber auch gegebenenfalls begründet von ihr abzuweichen. Den klinischen Ethikberaterinnen und -beratern vor Ort kann sie hoffentlich dadurch in ihren Überlegungen helfen, dass sie die verschiedenen Facetten des Themas differenzierter darstellt, als dies in der Stellungnahme selbst möglich war.

## Triage

Gegenstand der Ressourcen-Stellungnahme sind die ethischen Rahmenbedingungen so genannter ‚Triage-Situationen‘. Das Wort „Triage“ stammt aus dem Französischen und wurde zur Zeit Napoleons für die Selektion verwundeter Soldaten geprägt. Seitdem hat es sich nicht nur in der Militärmedizin durchgesetzt, sondern wird auch für andere Katastrophensituationen verwendet, in denen so viele Menschen so schwer verletzt werden, dass man sie nicht alle angemessen medizinisch behandeln kann (beispielsweise bei schweren Erdbeben). Eine Triage ist eine Entscheidung, welche der Patientinnen und Patienten bevorzugt behandelt werden sollen und welche nicht.

Nach verschiedenen Meldungen hat die Corona-Pandemie in den letzten Wochen dazu geführt, dass in manchen Ländern Triageen nötig wurden, und auch in Deutschland besteht die Befürchtung, dass die starke Zunahme schwerer COVID-19-Erkrankungen eine Triage erforderlich machen könnte. Die Ressourcen-Stellungnahme handelt von derartigen Situationen. Sie nennt ethische Empfehlungen für eine befürchtete, aber hoffentlich niemals eintretende Triage aufgrund eines plötzlichen, gewaltigen Anstiegs an COVID-Patientinnen und Patienten.

## Verantwortliche Akteure

Die Empfehlungen der Ressourcen-Stellungnahme richten sich ausdrücklich an die „verantwortlichen Akteure“ (S. 3), also an diejenigen Akteure, die die Triage-Entscheidung treffen müssen. In der Darstellung des Entscheidungsverfahrens wird empfohlen, dass die Entscheidung durch ein interdisziplinäres Team aus Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegenden getroffen wird (S. 5). Das entspricht weitgehend der Lebenswirklichkeit in den betroffenen Krankenhäusern.

Aus ethischer Sicht kann man sich aber fragen, wer welche Entscheidung treffen sollte und wie groß der Entscheidungsspielraum sein müsste. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sind diejenigen, die am besten den Gesundheitszustand und die Zukunftsaussichten ihrer Patienten einschätzen können. Weniger selbstverständlich ist es aber, ob das einzelne Triage-Team vor Ort auch entscheiden sollte, nach welchen normativen Kriterien es vorgeht, wobei es wichtig ist, hier noch einmal zu unterscheiden, ob die behandelnden Ärztinnen und Ärzte selbst oder ein separates Gremium die Entscheidung fällt. Alternativ könnte die Entscheidung über die Kriterien auch auf höheren Ebenen angesiedelt sein bis hin zum Gesetzgeber. Dafür sprechen zum einen die demokratische Legitimität einer derartigen Verlagerung, zum anderen die Entlastung der behandelnden Ärzte und Pflegenden vor Ort. Es könnte ihnen den Zwiespalt erleichtern, einerseits in einer engen Betreuungsbeziehung zu Patienten zu stehen, unter denen sie dann andererseits diejenigen auswählen sollen, die weiterleben dürfen. Das Gefühl der ärztlich und pflegerisch Tätigen, eine unmittelbare Verantwortung für ihre Patienten zu haben, spricht allerdings auch dagegen, ihnen die Kriterien der Triage von außen vorzugeben.

## Das Dilemma

Je nachdem, wen man als verantwortlichen Akteur betrachtet, verschiebt sich auch die ethisch zu beurteilende Handlung. Gesetzgeber erlassen Gesetze, Kliniken entwerfen Leitlinien, einzelne Ärztinnen und Ärzte behandeln oder behandeln nicht. Der Einfachheit halber kann man sich aber in der ethischen Diskussion zunächst darauf beschränken, dass es nur um die individuelle Behandlung geht. Im Fall von COVID-19 ist das vor allem die künstliche Beatmung. Wenn nicht genügend Beatmungsplätze zur Verfügung stehen, dann ist eine Triage erforderlich, um zu entscheiden, wer beatmet wird und wer nicht. Das ist das Ausgangsszenario der Ressourcen-Stellungnahme. Nach welchen ethischen Grundsätzen soll sich die Triage richten?

Für das Verständnis dieses Szenarios ist es wichtig, sich klar zu machen, wie stark es sich von anderen Situationen unterscheidet, mit denen es die klinische Ethik normalerweise zu tun hat. Von wenigen Ausnahmen abgesehen, wie z.B. Organtransplantationen, kann die klinische Ethik gewöhnlich von der Voraussetzung ausgehen, dass alle medizinischen Möglichkeiten zur Verfügung stehen, dass es aber in Einzelfällen fraglich ist, ob und wie man sie einsetzen sollte. („Muss man wirklich alles tun, was man medizinisch tun kann?“) Die beiden zentralen ethischen Grundsätze der klinischen Ethik nennen folglich Erlaubnisbedingungen: Man darf eine medizinische Behandlung nur dann durchführen, wenn sowohl eine medizinische Indikation besteht als auch eine aufgeklärte Einwilligung (*informed consent*) vorliegt. Wie die Ressourcen-Stellungnahme betont, gelten diese Grundsätze auch für medizinische Behandlungen im Katastrophenfall wie beispielsweise für die

lebensnotwendige Beatmung von Covid-19-Patienten (S. 3). Das ist auch deshalb wichtig, weil die medizinische Ethik schon lange von der Überzeugung Abschied genommen hat, dass es stets eine medizinische Aufgabe ist, Leben so lange wie möglich zu erhalten. Bei sterbenden Menschen und in aussichtslosen Fällen (*futility*) ist eine künstliche Beatmung nicht gerechtfertigt. Wie auch in anderen Behandlungssituationen stellt sich aber die Frage, wo die Grenze der Indikation verläuft, ob beispielsweise eine dauerhafte Beatmungspflichtigkeit als aussichtslose Situation betrachtet werden muss. Gibt es objektiv aussichtslose Situationen oder muss man diese Grenze immer aus der subjektiven Perspektive der Patienten betrachten?

Das führt unmittelbar zum Thema des Patientenwillens. Einwilligungsfähige Patientinnen und Patienten dürfen nur behandelt werden, wenn sie aufgeklärt zustimmen; bei nicht einwilligungsfähigen muss versucht werden, ihren mutmaßlichen Willen zu bestimmen. Das ist vielleicht schwierig, aber trotzdem unerlässlich. Gerade Menschen in dem hohen Lebensalter, in dem viele COVID-19-Patienten sind, haben sich häufig schon Gedanken darüber gemacht, wie sie sich ihr Lebensende vorstellen, und diese möglicherweise auch als Patientenverfügung dokumentiert. Es ist deshalb wichtig, dafür zu sorgen, dass sie auch bei einer krisenhaften Zuspitzung der Epidemie in ihrer Autonomie respektiert und entsprechend ihren Vorstellungen behandelt oder nicht behandelt werden. Dabei ist der Umkehrschluss unzulässig, dass jemand von einem bestimmten Alter oder Gesundheitszustand an, im Zweifel kein Interesse mehr an lebenserhaltenden Maßnahmen hat.

Bei vielen Patienten ist aber davon auszugehen, dass die notwendigen Bedingungen einer intensivmedizinischen Behandlung erfüllt sind. Die künstliche Beatmung ist dringend indiziert und die Patienten wollen sie auch in Anspruch nehmen. Anders als normalerweise bei problematischen Fragen in der klinischen Ethik liegt das Problem aber darin, dass nicht genug Behandlungsressourcen für alle Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen. Einige von ihnen können nicht beatmet werden, obwohl dies vital erforderlich ist und auch möglich wäre (allerdings um den Preis, dass ein anderer Patient nicht am Leben erhalten wird). Eine Triage, wer beatmet wird und wer nicht, ist unumgänglich. Die ethische Frage ist nur, wie diese Triage ethisch korrekt aussehen kann.

Aus ethischer Sicht ist das ein Dilemma: Was man auch tut, es scheint verkehrt zu sein. Beatmet man die lebensgefährlich erkrankte Patientin A, kann man Patientin B nicht beatmen, für die die Beatmung doch ebenfalls lebensnotwendig wäre, und umgekehrt. Immer scheint man einer der Patientinnen moralisch Unrecht zu tun.

Die Frage ist, ob sich dieses Dilemma auflösen lässt. Gibt es einen moralisch richtigen Weg, die Triage zu entscheiden? Die Ethik bietet dafür verschiedene mögliche Perspektiven an, die im Folgenden kurz vorgestellt und mit Bezug auf die Triage diskutiert werden sollen.

### Ethische Perspektiven I: Konsequentialismus/Utilitarismus

In der Literatur wird manchmal behauptet, dass es für den Katastrophenfall kennzeichnend sei, dass andere ethische Maßstäbe an den Einsatz medizinischer Mittel angelegt werden müssten als im Normalfall. Man müsse zu einer utilitaristischen Sichtweise übergehen. Der Utilitarismus – genauer gesagt: der Handlungsutilitarismus – besagt, dass man nur dann

moralisch richtig handelt, wenn man sich immer an dem Grundsatz orientiert, den größten Nutzen für die größte Zahl zu erzielen.

Einer der Vorteile des Utilitarismus liegt darin, dass er für alle denkbaren ethischen Dilemmata eine Lösung anbietet. Man muss nur alle Handlungskonsequenzen zusammenrechnen und dann dasjenige tun, dessen Konsequenzen optimal sind. Für den Einsatz der Beatmungsgeräte würde dies bedeuten, dass man berücksichtigen müsste, welche Folgen es jeweils hätte, wenn eine Patientin überlebt bzw. stirbt. Zum einen müsste man abschätzen, was es für sie selbst bedeuten würde: wie lange ihr Leben absehbar noch dauern würde und wieviel sie davon hätte (wäre es voraussichtlich ein glückliches oder eher ein leidvolles Leben?). Man müsste zum anderen aber auch in Betracht ziehen, welche Konsequenzen ihr Tod bzw. ihr Weiterleben für andere Menschen hätte (für Angehörige, für die Gesellschaft insgesamt). Wenn man diese Rechnung für alle Patientinnen aufmacht, dann ergibt sich daraus automatisch eine Priorisierung, an der man sich beim Einsatz der Beatmungsgeräte orientieren könnte. (Aus einer stärker differenzierten utilitaristischer Sicht kann es allerdings auch Gründe geben, nicht jede einzelne Allokationsentscheidung aus solchen Abwägungen heraus zu treffen, sondern stattdessen prozedurale Regeln einzuführen, die zwar insgesamt gesehen die besten Folgen haben, im Einzelfall aber nicht immer dazu führen, dass das größte Gut der größten Zahl gewählt wird. Das ist der Grundgedanke des Regelutilitarismus.)

Für die ursprünglichen Triagen im Krieg spielten derartige konsequentialistische Überlegungen eine zentrale Rolle. Die Wiederherstellung der Einsatzfähigkeit verwundeter Soldaten war ein wichtiges Auswahlkriterium. Im Zivilleben ist es hingegen sehr fraglich, ob sich ÄrztInnen daran orientieren dürften. Warum das so ist, zeigt sich an einem prominenten Einwand gegen den Utilitarismus. Der Einwand besagt, dass individuelle Menschen für den Utilitaristen bloß als Behälter für freudige Lebensepisoden fungierten, ohne dass es für ihn aber einen Unterschied mache, wer diese Episoden durchlebt und wer nicht. Utilitaristen schauen nur auf die Gesamtsumme von Glück und Leid, aber nicht darauf, wie es sich auf die verschiedenen Menschen verteilt. Das macht den Utilitarismus so anfällig für Gegenbeispiele, in denen wenige Menschen für viele geopfert werden. In einem typischen derartigen Gedankenexperiment wird ein Krankenhausbesucher ausgeschlachtet, um mehreren Organempfängern das Überleben zu sichern, in einem anderen wird ein Unschuldiger als Sündenbock geopfert, um eine aufgebrachte Menschenmenge zu befrieden. Offenkundig sind diese Handlungsweisen moralisch falsch, selbst wenn sie unter dem Strich bessere Folgen haben, als wenn sie unterlassen worden wären. Der Utilitarismus bietet zwar für jedes Handlungsdilemma eine Lösung an, könnte man sagen, aber manchmal ist sie klarerweise falsch. Es ist deshalb höchst fraglich, ob eine Triage nach utilitaristischen Maßstäben durchgeführt werden sollte.

### Ethische Perspektiven II: Gerechtigkeit

Eine Triage wird nötig, sobald nicht genügend Mittel zur Verfügung stehen, allen Patientinnen und Patienten dringend indizierte und gewollte Behandlungen zukommen zu lassen. Offenkundig müssen dann Allokationsentscheidungen über die knappen Mittel getroffen werden. Ethisch gesehen ist das ein Gerechtigkeitsproblem: Welche Verteilungen sind moralisch zulässig (oder sogar geboten), welche unzulässig? Der Vorwurf gegen den

Utilitarismus liegt aus dieser Perspektive darin, dass es in ihm keinen Platz für Gerechtigkeitserwägungen gibt und er außerdem in manchen Fällen zu eindeutig ungerechten Lösungsvorschlägen gelangt (wie z.B. dem, einen Menschen für andere zu opfern).

Der Grundgedanke aller Gerechtigkeitskonzeptionen besagt hingegen, dass Menschen nicht willkürlich behandelt werden dürfen, sondern nur auf der Basis ihrer jeweiligen Gleichheiten und Unterschiede. Die klassischen Formulierungen, jedem das seine zu geben, oder, Gleiches gleich und Ungleiches ungleich zu behandeln, drücken dies aus. Wenn man nun die Patientinnen betrachtet, die auf eine künstliche Beatmung angewiesen sind, dann ist ihnen ganz wesentlich eines gemeinsam, ihre unmittelbare Not. Es liegt deshalb nahe zu sagen, sie gerecht zu behandeln bedeute, sie in Bezug auf ihre Not gleich zu behandeln. Das ist die Antwort des gerechtigkeits-theoretischen Egalitarismus.

Das Problem mit einem streng verstandenen Egalitarismus liegt allerdings darin, dass er nur eine konsequente Reaktion auf eine Knappheitssituation anbieten kann: nämlich dass gar niemand das knappe Gut erhält, dass also niemand künstlich beatmet wird, wenn nicht genug Beatmungsplätze zur Verfügung stehen. Nur dann würden alle gleichbehandelt. Das ist aber im Fall der künstlichen Beatmung offenkundig keine akzeptable Lösung des Gerechtigkeitsproblems.

Es gibt allerdings mindestens zwei egalitaristische Umgehungsstrategien für diese Schwierigkeit. Zum einen kann man die Entscheidungssituation so auffassen, dass nicht das knappe Gut selbst verteilt wird, sondern die Chancen, es zu bekommen: Jede Patientin erhält dieselbe Chance auf einen der Beatmungsplätze, die dann in einem Lotterieverfahren zugewiesen werden. Die Verteilung verläuft perfekt egalitär, den Rest besorgt das Schicksal. Die zweite Strategie besteht darin, dem Schicksal von vorn herein die Entscheidung zu überlassen, indem man die Behandlungsplätze so lange besetzt, wie man noch welche zur Verfügung hat. Wer später kommt und keinen Platz mehr erhält, hat Pech gehabt. („Wer zuerst kommt, mahlt zuerst.“, „First come, first serve.“)

Beide Umgehungsstrategien haben allerdings eine gemeinsame Schwäche. Der medizinische Zustand der Patientinnen spielt bei ihnen keine Rolle. Nur der Zufall entscheidet, nicht aber der Umstand, dass beispielsweise Patientin A nur eine Überbrückung einer Krise von einigen, wenigen Tagen benötigt, um dann nach aller Voraussicht wieder zu genesen, während Patientin B selbst nach langer Beatmungszeit nur wenig Aussicht auf Heilung hat. Doch das ist wenig plausibel. Eine Möglichkeit, die auch bei der Allokation von Spenderorganen verwendet wird, bestände darin, die Chancen im Lotterieverfahren entsprechend den Erfolgsaussichten der Behandlungen zu gewichten.

Alternativ könnte man ein Stück weit vom Egalitarismus abrücken, und zwar dadurch, dass man Menschen mit gleichguten Behandlungsprognosen gleich behandelt, ansonsten aber der Patientin mit der besseren Prognose den Vorrang gibt – insbesondere dann, wenn die aussichtsreichere Patientin die Behandlung voraussichtlich auch noch kürzer beanspruchen wird. Das läuft auf die Position hinaus, die die Ressourcen-Stellungnahme einnimmt. Sie hat sich darauf festgelegt, dass eine Priorisierung nach klinischen Erfolgsaussichten

(insbesondere der Überlebenswahrscheinlichkeit) moralisch gerechtfertigt und zulässig ist (S.4).

Es gibt allerdings zwei Richtungen, aus denen dieser Vorschlag kritisiert werden kann. Erstens kann man sich innerhalb des Gerechtigkeitsparadigmas fragen, ob es nicht noch zusätzliche Kriterien für eine gerechte Entscheidung geben könnte. Das ist der Gegenstand des restlichen Teils dieses Abschnitts. Zweitens gibt es möglicherweise ethische Grenzen für Gerechtigkeitserwägungen, wenn diese mit anderen ethischen Grundsätzen in Konflikt geraten. Darum geht es in den anschließenden Abschnitten.

Wenn es gerecht ist, danach zu unterscheiden, wie groß die klinischen Aussichten einer Patientin sind, warum ist es dann nicht gerecht, weitere Aspekte zu berücksichtigen, in Bezug auf die sich die Patientinnen unterscheiden? Der Slogan, gleiche Menschen gleich zu behandeln, geht im Grunde ins Leere, weil sich letztlich alle Menschen in allem Möglichen unterscheiden. Manche sind glücklich, andere unglücklich, manche müssen einen Haufen kleiner Kinder versorgen, andere kennen niemanden, manche sind selbstlose Helden, die anderen sind ausgekochte Schurken. Warum aber soll man nicht die engagierte Mutter von drei Kindern, die durch das Corona-Virus mitten aus einem erfüllten Leben gerissen wurde, gegenüber der misanthropischen Eigenbrötlerin bevorzugen, die niemanden hat, der sie vermissen würde.

Das Beispiel zeigt, dass jedes Gerechtigkeitsverständnis, das über den strikten Egalitarismus hinausgeht, auf eine Unterscheidung zwischen relevanten und irrelevanten Gesichtspunkten für die Gerechtigkeit angewiesen ist. Das ist schon in der Ressourcen-Stellungnahme deutlich geworden. Ihr zufolge sind die klinischen Erfolgsaussichten relevant, deshalb darf danach priorisiert werden. Die Frage ist jetzt aber, ob nicht noch weitere Eigenschaften in eine gerechte Priorisierung einfließen könnten.

Ein erster, wichtiger Schritt ist die Feststellung, dass die Relevanz einer Eigenschaft für eine gerechte Verteilung immer relativ zu demjenigen ist, was verteilt wird. Viele Gerechtigkeitsprobleme, mit denen sich die Ethik auseinandersetzt, betreffen deshalb die Frage, ob eine bestimmte Verteilung auf Gleichheiten bzw. Verschiedenheiten in relevanter Hinsicht beruht. (Sollte sich das Einkommen beispielsweise an der investierten Arbeit oder an der erbrachten Leistung orientieren, um gerecht zu sein?) Das gilt auch für die gerechte Verteilung von Gesundheitsleistungen. Nach der Ressourcen-Stellungnahme ist eine Triage nach der medizinischen Aussicht relevant, weitere relevante Eigenschaften nennt sie nicht, sondern schließt drei Eigenschaften ausdrücklich als irrelevant aus: die Art der Erkrankung und das Alter sowie weitere soziale Kriterien (S. 4). Diese drei Kriterien sollen hier kurz angesprochen werden.

Für die Triage darf es erstens keinen Unterschied machen, ob eine Person an Covid-19 oder an einer anderen schweren Krankheit leidet, die sie beatmungspflichtig macht. Das ist in zwei Richtungen ethisch bemerkenswert. Einerseits soll es keine Rolle spielen, dass Covid-19 sozusagen schuld an der Ressourcenknappheit ist. Ein Unfallopfer, das auf die Intensivstation kommt, kann nicht darauf bauen, dass es vorrangig behandelt wird, nur weil es normalerweise auf eine optimale Behandlung rechnen dürfte. Andererseits darf die Ausnahmesituation auch nicht dazu führen, dass sich die medizinischen Bemühungen

überbordend auf COVID-19 konzentrieren. Das ist vor allem dann wichtig, wenn es darum geht, dass einer Patientin möglicherweise Ressourcen verweigert werden, um sie für kommende Covid-Patienten vorzuhalten. (Diese Feststellung findet sich ausdrücklich in einer anderen AEM-Stellungnahme aus den letzten Tagen: „Möglichkeiten und Grenzen von Ethikberatung im Rahmen der COVID-19-Pandemie“.)

Wäre es aber nicht, zweitens, gerecht, das Alter eines Menschen in die Triage einzubeziehen? – Das ist eine der besonders schwierigen Fragen in diesem Zusammenhang. Sie hat viel mit dem traditionellen Thema zu tun, ob der Tod immer ein Übel für den sterbenden Menschen ist und inwieweit es einen Unterschied macht, ob man früher oder später im Leben stirbt. Zumindest auf den ersten Blick scheint es aber deutlich schlimmer zu sein, wenn jemand stirbt, der noch viele Lebensphasen vor sich hat, als wenn es jemanden trifft, der schon deutlich mehr gelebt und erlebt hat und vermutlich ohnehin bald sterben wird. Wäre es dann nicht gerecht, in einer Triage den einen dem anderen vorzuziehen? Oder hängt es vielleicht auch davon ab, wie das Leben der beiden bisher aussah?

Aus Sicht der Gerechtigkeit sind diese und ähnliche Fragen, wie gesagt, schwierig zu beantworten und es kann gut sein, dass die Antwort am Ende lautet, dass es durchaus gerecht wäre, in der konkreten Triage-Situation die jüngeren den älteren Menschen vorzuziehen. Umso wichtiger ist es aber festzustellen, dass man für die ethische Beurteilung der Triage neben Gerechtigkeitsfragen weitere Gesichtspunkte beachten muss, dass es also Grenzen der Gerechtigkeitserwägungen gibt.

### Ethische Perspektiven III: Menschenwürde

Warum soll man überhaupt gerecht sein? – Eine mögliche Antwort auf diese Frage (neben verschiedenen anderen, die die Moralphilosophie entwickelt hat), lautet: Weil es kränkend und erniedrigend ist, ungerecht behandelt zu werden. Wer ungerecht behandelt wird, zählt weniger, wird nicht für voll genommen. Kurz: es verletzt die Würde der Betroffenen.

Die Würde des Menschen ist in den letzten Jahren moralphilosophisch kontrovers diskutiert worden, angefangen von der These, dass die Menschenwürde das Fundament aller moralischen Verpflichtungen bilde, bis hin zu der Ansicht, dass es sich um ein leeres demagogisches Schlagwort handle. Strittig ist auch das Verhältnis zwischen Menschenwürde und konkreten sozialen Würdeverletzungen (kontingenter Würde). Wenn man aber auf eine weniger abstrakte ethische Ebene übergeht, dann herrscht weitgehende Einigkeit, dass jeder Mensch Anspruch darauf hat, nicht beleidigt, gekränkt, diffamiert, erniedrigt, diskriminiert oder stigmatisiert zu werden. Dieser Anspruch kann, wie gesagt, erklären, warum es geboten ist, gerecht zu sein. Er kann aber auch Grenzen der Gerechtigkeit markieren. Eine unterschiedliche Behandlung aufgrund bestimmter Eigenschaften kann, selbst wenn sie durch Gerechtigkeitserwägungen motiviert ist, zur Diskriminierung und Stigmatisierung bestimmter Gruppen beitragen – insbesondere dann, wenn diese ihrerseits in anderen Hinsichten ungerecht behandelt werden. Deshalb warnt die Ressourcen-Stellungnahme ausdrücklich davor, das Alter als Entscheidungskriterium in die Triage einzubeziehen. Es gibt in unserer Gesellschaft eine unmittelbare Gefahr der Altersdiskriminierung, die dadurch verstärkt würde, wenn Alter ein Grund wäre, jemanden nicht zu retten.

Hinzu kommt ein zweiter Gesichtspunkt. Je nach dem zugrunde liegenden Verständnis der Menschenwürde, gehört dazu auch eine besondere Verpflichtung, jeden Menschen in seinen existentiellen Anliegen zu achten und diese nicht zum Gegenstand von Abwägungen zu machen – und sei es auch zur Herstellung von Gerechtigkeit. Anzunehmen, dass es gerecht sei, einen Menschen im Unterschied zu einem anderen sterben zu lassen, könnte diesem Fundamentalanspruch der Menschenwürde entgegenstehen. Diese Überlegung spricht ebenfalls gegen eine Triage auf der Basis des Alters der Patientinnen und Patienten – allerdings auch gegen eine Triage auf der Basis der klinischen Erfolgsaussichten.

Dass man der Triage auch keine sozialen Bedingungen zugrunde legen sollte, wie die Ressourcen-Stellungnahme feststellt, lässt sich ganz ähnlich wie beim Alter begründen. Bei manchen denkbaren sozialen Bedingungen ist dies ohnehin offenkundig. Ob sie beatmet wird oder nicht, darf natürlich nicht vom Wohlstand der Patientin abhängen (bzw. davon, ob sie gesetzlich oder privat versichert ist). Aber auch die Orientierung an weniger absurden sozialen Eigenschaften wie der, ob man Kinder zu versorgen oder wie große gesellschaftliche Verdienste man erworben hat, stünde wohl im Konflikt mit dem Gebot, jeden Menschen in seiner Würde gleich zu achten.

Drei Ergänzungen sind hier sinnvoll. Erstens endet das Gebot, die Menschenwürde zu achten, natürlich nicht bei der Triage, es bildet auch für den Umgang mit allen Betroffenen im medizinischen und pflegerischen Umfeld der intensivmedizinischen Behandlungen. Es kann beispielsweise bedeuten, dass den speziellen Bedürfnissen eines Sterbens in Würde ebenfalls ein hoher Stellenwert eingeräumt wird, selbst auf Kosten anderer, medizinischer Gesichtspunkte. So könnte es geboten sein, trotz der erhöhten Ansteckungsgefahr Angehörigen den Raum für Abschiedsbesuche und die Begleitung ihrer Lieben einzuräumen.

Zweitens stände es möglicherweise nicht im Widerspruch zum Gebot gleicher Achtung, wenn es neben den generellen Kriterien für die Triage eine Sonderregel für Angehörige bestimmter Berufe gäbe, an deren bevorzugter Rettung ein besonderes gesellschaftliches Interesse besteht, insbesondere Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegende. Das Interesse der Gesellschaft, dass das Gesundheitswesen nicht ganz zusammenbricht, würde es wohl rechtfertigen, die knappen therapeutischen Mittel für die existenziellen Bedürfnisse der Gesellschaft einzusetzen, allerdings nicht aus Gerechtigkeitserwägungen, sondern als eine Art Notstandsmaßnahme, und nur in einem Ausmaß, das die Chancen der anderen Bedürftigen nicht wesentlich einschränkt.

Drittens kann man sich trotzdem fragen, ob nicht doch etwas dran ist an der Vorstellung, dass beispielsweise eine junge Frau noch so viel Lebenszeit vor sich hat, die eine ältere Frau schon gelebt hat, so dass es in irgendeinem Sinn richtig wäre, wenn erstere überleben könnte, selbst auf Kosten letzterer. Wäre es nicht beispielsweise ein Akt der Solidarität, wenn die eine die andere vorließe? – Das ist auf jeden Fall eine wichtige ethische Überlegung, entscheidend ist aber, in welchen Kontext sie gehört. Ob man solidarisch sein sollte, gehört in den Bereich der autonomen Lebensgestaltung. Es ist nichts, das andere dazu befugt, jemanden zu benachteiligen. Das gilt auch für den Umgang mit Covid-19. Wenn wir uns damit auseinandersetzen, wie wir unser Leben führen und auch beschließen möchten, dann kann die Solidarität mit anderen Menschen eine wichtige Rolle spielen. Und wir



können uns als autonome Patienten und Patientinnen entsprechend verhalten und beispielsweise entscheiden, nicht unter allen Umständen beatmet werden zu wollen. Eine Rechtfertigung für andere, uns zu einem Verhalten zu zwingen, das sie für solidarisch halten, gib es aber nicht.

Neben der Würde der Patientinnen und Patienten gibt es zudem noch einen weiteren ethischen Gesichtspunkt, der zu einer Begrenzung von Gerechtigkeitserwägungen führen könnte und ohnehin für die ethische Beurteilung der Triage eine Rolle spielt, die moralischen Rechte der Betroffenen.

#### Ethische Perspektiven IV: Menschen- und Bürgerrechte

Die Frage, ob es neben den gesetzlich verbrieften, ‚subjektiven‘ Rechten auch moralische Rechte gibt, ist ebenfalls moralphilosophisch umstritten. Allerdings kann man unterhalb dieser sehr abstrakten Debatte auch hier davon ausgehen, dass es beispielsweise Menschen- und Bürgerrechte gibt, die unbedingt respektiert werden müssen. Moralische Rechte nehmen eine zentrale Position für unseren moralischen Status ein. Insbesondere markieren auch sie Grenzen für Gerechtigkeitserwägungen, denn Verteilungsentscheidungen implizieren, dass es einem überhaupt freisteht, ein Gut nach bestimmten Gesichtspunkten zuzuteilen. Das setzt aber voraus, dass man das Recht dazu hat, und dem können konkurrierende Rechte der betroffenen Personen entgegenstehen.

Moralische Rechte spielen für die medizinische Ethik eine große Rolle. Dazu zählen das Recht auf Selbstbestimmung, daneben aber auch Anspruchsrechte auf Behandlung und letztlich auch auf Lebenserhaltung. Was die ethische Beurteilung der Triage so schwierig macht, ist, dass jede der betroffenen Patientinnen und Patienten augenscheinlich ein fundamentales moralisches Recht auf eine lebensrettende Behandlung hat (das sich z.B. in Art 2 GG widerspiegelt: „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.“). Einer Person nicht beizustehen, deren Leben bedroht ist, obwohl man die Mittel dafür in der Hand hat, verletzt einen massiven Anspruch, den diese Person an uns hat, und ist deshalb in aller Regel moralisch höchst verwerflich. Wir lassen sie im Stich. Doch eben das geschieht in der Triage. Ein Teil der PatientInnen wird im Stich gelassen. Die sich daraus ergebende schwierige Frage ist, wie das gerechtfertigt werden kann.

Ein Ansatz dafür könnte die Unterscheidung zwischen Abwehrrechten und Anspruchsrechten sein. In der Moralphilosophie wird diskutiert, ob vielleicht alle unbeschränkten Menschenrechte immer nur Abwehrrechte seien, während Anspruchsrechte immer eine spezielle zwischenmenschliche Beziehung voraussetzen. Gerade in Bezug auf existenzielle Bedürfnisse wie das Recht auf Leben ist diese strikte Trennung allerdings wenig plausibel. Das gilt insbesondere dann, wenn sich die Frage innerhalb räumlicher Nähe stellt wie in den nach ihrem biblischen Vorbild benannten Samariter-Situationen. Wer sich in großer Not befindet, hat, so scheint es, durchaus ein Recht, dass ihm durch einen ‚Nächsten‘ geholfen wird. Diese Nächsten sind aber im Fall der Covid-19-Patientinnen die beteiligten Ärztinnen und Ärzte.

Hinzu kommt, dass diese Ärztinnen und Ärzte sehr wohl in einer speziellen Beziehung zu den Patienten stehen, aus der sich wiederum moralische Rechte ergeben. Anders als im Fall der Kriegsverletzten geht es in möglichen Triage-Entscheidungen während der Corona-Krise nicht um die Frage, welche Patienten medizinisch behandelt werden sollen und welche nicht. Alle Patienten müssen behandelt werden. Das betont auch die Ressourcen-Stellungnahme (S. 5). In der Triage geht es nur um die vital indizierte, aber nicht ausreichend verfügbare Beatmung. Alle anderen medizinischen Mittel, insbesondere auch die palliative Versorgung, müssen gewährleistet werden. Die Frage ist dann aber, ob sich aus dieser therapeutischen Beziehung nicht erst recht ein moralisches Recht auf die Lebenserhaltung herleitet.

Der Blick auf die sich aus speziellen Beziehungen ergebenden moralischen Rechte offenbart auch ein besonders heikles Thema in der ethischen Beurteilung der Triage, zu dem sich die Ressourcen-Stellungnahme zwar positioniert, das aber durchaus Spielraum für die Diskussion offenlässt. Bislang ist in diesem Kommentar nicht zwischen Situationen unterschieden worden, in denen eine künstliche Beatmung neu aufgenommen werden soll, und solchen, in denen es um die Fortsetzung einer bestehenden Beatmung geht. Nur im Kontext einer egalitaristischen Ethik ist kurz die Möglichkeit eines „first come, first serve“ erwähnt worden, in der bestehende Beatmungen immer Vorrang vor neuen Behandlungen haben. In der Ressourcen-Stellungnahme wird nun aber für die entgegengesetzte Haltung plädiert (S. 8): Alle Patientinnen und Patienten sollen aus Gerechtigkeitsgründen gleich behandelt werden. Zu jedem Zeitpunkt muss die Triage also alle bedürftigen Patienten umfassen, unabhängig davon, ob sie schon beatmet werden oder neu beatmungspflichtig sind.

Wie oben schon gesagt, ist es einleuchtend, dass „first come, first serve“ kein plausibles Gebot der Gerechtigkeit ist. Die Frage ist allerdings, ob sich nicht durch die Aufnahme der Beatmung die therapeutische Beziehung und damit auch die Anspruchsrechte der Patientin verändert haben, so dass das „first come, first serve“ aus der Erwägung der moralischen Rechte folgt. Das ist eine heikle Frage. Einerseits scheint es naheliegend zu sein, dass es ethisch gesehen einen Unterschied macht, ob man jemandem etwas nicht gibt oder etwas wegnimmt. Jemandem etwas wegzunehmen, ist normalerweise ein stärkerer Übergriff gegenüber diesem Menschen, als wenn man ihm nur etwas vorenthält. Andererseits haben die ethischen Debatten um die so genannte ‚passive Sterbehilfe‘ zu der Einsicht geführt, dass es ethisch nicht wesentlich anders zu beurteilen ist, ob eine Ärztin eine lebenserhaltende Behandlung gar nicht erst aufnimmt oder eine laufende Lebenserhaltung beendet. (Deshalb waren verbreitete ärztliche Befürchtungen ethisch unbegründet, man würde sich durch eine Entscheidung für die Aufnahme der künstlichen Beatmung darauf verpflichten, diese auch dann noch fortzusetzen, wenn sie nicht mehr indiziert ist.) Es ist nicht klar, wie sich dieser Zwiespalt auflösen ließe. Ein möglicher Ausweg bestände vielleicht darin, der Asymmetrie Rechnung zu tragen, ohne sich völlig auf das „first come, first serve“ zurückzuziehen. Man könnte den bestehenden Behandlungsbeziehungen eine Art Bestandschutz für eine gewisse Zeitdauer einräumen, bevor die Behandlung relativ zu anderen Bedürftigen überprüft wird, oder man könnte die Begründungslast so verschieben, dass es guter Gründe bedarf, bei einer Patientin die Beatmung zugunsten einer anderen zu beenden.

### Ethische Perspektiven V: Care Ethik

Die aus Nahbeziehungen erwachsenden moralischen Verpflichtungen stehen auch im Zentrum der Care-Ethik. Allerdings ist die Care-Ethik gerade aus einer kritischen Auseinandersetzung mit traditionellen Ethiken entstanden, die Dilemmata mit Hilfe von universell gültigen Prinzipien lösen wollen. Deshalb bietet die Care-Ethik sicher keine Regularien für die Triage-Entscheidungen. Ihr Beitrag liegt vielmehr darin, besonders auf den speziellen Charakter therapeutischer und Pflegebeziehungen hinzuweisen, die von einer wechselseitigen fürsorglichen und vertrauensvollen Haltung geprägt sein sollten. Dadurch löst sich das Dilemma nicht auf, aber es wird deutlich, dass es hier nicht einfach darum gehen kann, einen richtigen Weg in einer Entscheidungssituation zu finden, sondern um einen Weg, von dem man hoffen kann, dass er letztlich allen Beteiligten gerecht wird. Das kann bedeuten, dass man ihn auch denjenigen gegenüber erklären und verantworten können muss, die keine Beatmung bekommen. Und es muss bedeuten, dass, wie oben schon erwähnt, alle Betroffenen weiter so gut es geht behandelt und gepflegt werden. Außerdem kann die Care-Ethik erläutern, inwiefern auch ethisch gut begründete Triage-Entscheidungen immer einen Grund zur Trauer für die Behandelnden und Pflegenden darstellen.

Diese Beobachtung führt auch wieder zu der Überlegung weiter oben, dass es ethisch wichtig ist, bei wem die Triage-Entscheidung angesiedelt wird. Außerdem gibt es aus der Perspektive der Care-Ethik möglicherweise einen weiteren Grund, zwischen der Nichtaufnahme und der Beendigung einer Behandlung zu unterscheiden. Die spezielle Fürsorgebeziehung existiert erst, wenn eine Behandlung begonnen wurde.

### Ethische Perspektiven VI: Prinzipien mittlerer Reichweite, religiöse Gebote und das Überlegungsgleichgewicht

Die klinische Ethik greift für die Lösung von Behandlungsdilemmata häufig auf sogenannte ‚Prinzipien mittlerer Reichweite‘ zurück, die zwar nicht beanspruchen, das Fundament der Moral zu bilden, von denen man aber annehmen kann, dass jede akzeptable normative Ethik ihnen einen Stellenwert einräumen müsse, weil sie so tief in unserer alltäglichen Moral verwurzelt sind. Deshalb liegt es nahe zu versuchen, auch für die richtige Vorgehensweise in einer Triage auf sie zurückzugreifen. Am prominentesten sind die vier Prinzipien Autonomie, Nichtschaden, Helfen und Gerechtigkeit (*autonomy, non-maleficence, beneficence, justice*). Für die Ethik der Triage sind allerdings nur Autonomie und Gerechtigkeit hilfreich, die weiter oben schon Thema waren. Die anderen beiden Prinzipien, Hilfe und Nichtschaden, orientieren sich primär an der normalen Beziehung zu einer Patientin, bei der, wie gesagt, vorausgesetzt werden kann, dass alles medizinisch Nötige auch zur Verfügung steht, kommen hier also nicht in Frage.

Eine Sonderrolle nehmen religiöse Verpflichtungen ein wie beispielsweise die Zehn Gebote. Da sie an ein religiöses Bekenntnis gebunden sind, können sie zwar für das Verhalten der einzelnen Ärztin, des einzelnen Arztes wichtig sein, eine ethische Rechtfertigung für oder gegen eine bestimmte Vorgehensweise bei der Triage bieten sie hingegen nicht.

Schließlich könnte man noch auf ein metaethisches Prinzip zurückgreifen, das in der klinischen Ethik häufig bemüht wird: das Ziel, ein Überlegungsgleichgewicht (*reflective equilibrium*) herzustellen. Allerdings fragt es sich, ob dieses Ziel einen eigenständigen Zugang

zur Lösung des Dilemmas bietet oder nur als Aufforderung verstanden werden sollte, eine kohärente moralische Position zu erarbeiten. In diesem Sinne wäre beispielsweise dieser Hintergrundkommentar als Ganzer eine Hilfestellung dafür, ein solches Überlegungsgleichgewicht in Triage-Entscheidungen zu erreichen.

### Ethische Perspektiven VIII: Tragisches Dilemma

Die Schwierigkeiten, das Dilemma der Triage ethisch aufzulösen, können aber auch den Verdacht wecken, dass es sich vielleicht gar nicht lösen lässt. Moralische Dilemmata, für die es keine moralisch einwandfreie Lösung gibt, werden als „tragische Dilemmata“ bezeichnet. Was immer man tut, es ist moralisch verkehrt. Gelegentlich werden diese tragischen Situationen auch so beschrieben, dass man unabhängig davon, wie man sich verhalte, in jedem Fall Schuld auf sich lade. In Anlehnung an Max Webers Unterscheidung zwischen Gesinnungs- und Verantwortungsethik wird dies manchmal sogar heroisch verkürt: Wer verantwortlich handele, müsse sich eben manchmal die Hände schmutzig machen.

Wenn damit nur gemeint ist, dass die Triage-Entscheidung alle Beteiligten emotional belastet, dann ist es – wie schon im Kontext der Care-Ethik erwähnt – unmittelbar einleuchtend. Als ethische Auskunft ist diese Antwort aber unbefriedigend. Schließlich kann man in der Triage-Situation nicht alle Leben retten, warum sollte man sich dann schuldig machen, wenn man es nicht tut?! Sollen setzt bekanntlich Können voraus. Außerdem scheint es, wenn man ohnehin nicht moralisch richtig handeln könne, ganz beliebig zu sein, nach welchen Kriterien man entscheidet, wer zu retten ist und wer nicht. Auch das ist wenig plausibel.

Trotzdem ist die Vermutung, das Dilemma könnte unlösbar sein, beunruhigend. Zum einen muss man sich klar machen, dass Vorschläge für eine ethisch tragbare Triage, wie sie sich beispielsweise in der Ressourcen-Stellungnahme finden, nur so weit reichen, wie sich hinreichend viele gerechtfertigte Unterscheidungen finden lassen. Manche Meldungen über die globale Lage der Gesundheitsversorgung wecken aber die Befürchtung, dass eines Tage nicht einmal für alle dringend bedürftigen und aussichtsreichen Patientinnen und Patienten genügend Ressourcen zur Verfügung stehen könnten – hoffentlich nicht in Deutschland, aber möglicherweise an vielen anderen Orten in der Welt.

Das führt zum anderen zu der Feststellung, dass man sich zwar nicht automatisch schuldig macht, wenn man sich in einer Dilemma-Situation entscheiden muss, dass aber unter Umständen jemand schuld daran ist, dass es überhaupt zu einem Dilemma kommt. Zwickmühlen, in denen wir ethisch weder ein noch aus wissen, sind häufig hausgemacht. Das gilt im Privatleben, aber auch politisch und gesellschaftlich. In diesem Sinn kann eine Triage-Entscheidung, die manche Menschen das Leben kostet, zwar in sich selbst moralisch legitim sein, als Folge einer vorangegangenen Entscheidung (etwa zur Kürzung im Gesundheitswesen) aber zugleich moralisch tief verwerflich.

## Fazit

Dieser ethische Hintergrundkommentar zu der Ressourcen-Stellungnahme sollte, wie gesagt, nicht für eine bestimmte Vorgehensweise in Triage-Situationen werben. Er soll vielmehr eine argumentative Landkarte bieten, auf deren Basis Triage-Entscheidungen verantwortlich getroffen werden können. Die Ethik ist kein geschlossenes normatives System, das für alle Dilemmata, mit denen uns die Welt konfrontiert, einfach die richtigen Lösungen produziert, schon gar nicht bei unserem gegenwärtigen Kenntnisstand. Wir können deshalb nicht immer sicher sein, genau das Richtige zu tun. Aber wir können danach streben, die ethischen Rahmenbedingungen unseres Handelns so sorgfältig wie möglich zu berücksichtigen, um dann in diesem Sinn verantwortlich zu handeln.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Dieser Hintergrundkommentar ist ad hoc in den letzten beiden Wochen entstanden. Er hat sehr von den Kommentaren einer ganzen Reihe von Kolleginnen und Kollegen profitiert, denen ich dafür ganz herzlich danken möchte: Roland Kipke, Chris Neuhäuser, Nele Röttger, Silke Schicktanz, Johanna Wagner und Eva Winkler. Mein ganz besonderer Dank gilt Jens Kulenkampff für seine kontinuierliche Begleitung der verschiedenen Versionen.