

**Protokoll zum Online-Meeting  
klinische\*r Ethiker\*innen zu COVID-19**

**11.01.2022, 20:00 -21:00 Uhr**

**Zielgruppe:** klinisch-ethisch tätige Personen

**Einladung zur Konferenz durch die:**

Akademie für Ethik in der Medizin

**Teilnehmende:** ca. 100 Personen

**Hinweis:** Teilnehmende, die das Protokoll oder das Passwort nicht per E-Mail erhalten haben und in den Verteiler aufgenommen werden möchten, senden bitte eine Nachricht an [asimon1@gwdg.de](mailto:asimon1@gwdg.de).

**Kommentar zum Beschluss des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts zu  
Benachteiligungsrisiken von Menschen mit Behinderung in der Triage (Jochen Taupitz):**

Aktenzeichen: [1 BvR 1541/20](#)

- **Beschluss:** Der Gesetzgeber hat Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG verletzt, weil er es unterlassen hat, Vorkehrungen zu treffen, damit niemand wegen einer Behinderung bei der Zuteilung überlebenswichtiger, nicht für alle zur Verfügung stehender intensivmedizinischer Ressourcen benachteiligt wird. Der Gesetzgeber ist gehalten, unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Verzögern) geeignete Vorkehrungen zu treffen.
- **Leitsätze:**
  - 1) Aus dem Grundgesetz ergibt sich für den Staat das Verbot (un-)mittelbarer Diskriminierung wegen Behinderung und ein Auftrag, Menschen vor Benachteiligung durch Dritte zu schützen.
  - 2) Der Schutzauftrag kann sich in ausgeprägter Schutzbedürftigkeit zu einer konkreten Schutzpflicht verdichten. Dazu gehören die gezielte, als Angriff auf die Menschenwürde zu wertende, Ausgrenzung von Personen wegen einer Behinderung, eine mit der Benachteiligung wegen Behinderung einhergehende Gefahr für hochrangige grundrechtlich geschützte Rechtsgüter wie das Leben oder auch Situationen struktureller Ungleichheit. Der Schutzauftrag verdichtet sich bei der Zuteilung knapper, überlebenswichtiger intensivmedizinischer Ressourcen wegen des Risikos der Benachteiligung wegen einer Behinderung.
  - 3) Dem Gesetzgeber steht bei der Erfüllung der Schutzpflicht Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsspielraum zu – er muss hinreichend wirksamen Schutz vor einer Benachteiligung wegen der Behinderung bewirken.
- Die behandelnden Ärzt\*innen befinden sich im Fall einer pandemiebedingten Triage in einer extremen Entscheidungssituation. Sie müssen entscheiden, wer die nicht ausreichend zur Verfügung stehenden intensivmedizinischen Ressourcen erhalten soll und wer nicht. In dieser Situation kann es besonders fordernd sein, auch Menschen mit einer Behinderung diskriminierungsfrei zu berücksichtigen. Dafür muss sichergestellt sein, dass allein nach der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit entschieden wird.
  - > **Triage-Entscheidungen sind verfassungsrechtlich zulässig.**
  - > **Das in der S1-Leitlinie (DIVI et al.) vorgeschlagene Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht ist verfassungskonform.**

- **Aspekte, die offen bleiben:**
  - 1) **Die ex-post-Triage wird im Beschluss nicht legitimiert, aber auch nicht ausgeschlossen.** Die juristische Streitfrage, ob die ex-post-Triage rechtswidrig/strafbar ist, wäre von Bundesgerichtshof oder Gesetzgeber zu lösen. Eine Klärung wird aber nicht als wahrscheinlich angenommen. Die rechtliche Verunsicherung führt Berichten zufolge dazu, dass Ärzt\*innen bei voller Bettenbelegung die Aufnahme behandlungsbedürftiger Patient\*innen ablehnen ohne Informationen zur klinischen Erfolgsaussicht einzuholen und auf diese Weise ex-post-Triage-Entscheidungen umgehen – obwohl dieses Vorgehen eher einem *first come first serve* Prinzip entspricht und nicht zur Maximierung der Lebenszahl führt.
  - 2) **Ob der Gesetzgeber Vorgaben zu den Kriterien von Verteilungsentscheidungen macht, hat er selbst zu entscheiden** - solange die Kriterien den inhaltlichen Anforderungen der Verfassung genügen. Beispiele für mögliche andere Kriterien werden nicht genannt. Es heißt lediglich, dass Leben nicht gegen Leben abgewogen werden darf, steht einer Regelung von Kriterien für die Zuteilung knapper Ressourcen zur Lebensrettung nicht per se entgegen.
  - 3) **Es bleibt Spielraum, wie das Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht zu interpretieren ist** - d.h. als Aussichtslosigkeit vs. Indikation oder (so wie von der DIVI verstanden) graduell.
  - 4) **Es ist fraglich, wie der Gesetzgeber jeglicher Benachteiligung entgegenwirken soll.** Das Risiko einer Benachteiligung durch Behinderung wird aus einer Gesamtschau abgeleitet (u.a. subjektive Momente, falsche Beurteilung von Lebensqualität, zeitlicher und ökonomischer Druck, ungeschultes Personal, fehlende Sensibilität, defizitorientierter Blick, unbewusste Stereotype). Zwar dürfen Komorbiditäten und Medical Scales ausdrücklich in die Einschätzung der klinischen Erfolgsaussicht einbezogen werden, dennoch bleibt laut Beschluss Raum für vorschnelle Urteile. Daher wird dem Gesetzgeber vorgeschlagen, prozedurale Vorgaben u.a. zum Mehraugen-Prinzip im Auswahlverfahren, zur Dokumentation, zur Unterstützung vor Ort sowie zur Aus- und Weiterbildung von Personal zu machen. Offen bleibt, ob/wie diese Vorgaben einheitlich über die Landesgesetzgeber erfolgen können und inwieweit die Maßnahmen durch kurzfristiger wirksame Maßnahmen ergänzt werden können.
  - 5) Ferner wird im Beschluss nicht auf das Vorhalten von Ressourcen, Personaluntergrenzen oder Diskriminierungen in Zuteilungssituationen außerhalb von Pandemie und Intensivmedizin eingegangen.
- **Kritik am Beschluss** besteht weniger an den inhaltlichen Schlussfolgerungen, sondern in erster Linie an der geringen argumentativen Auseinandersetzung mit den in der Literatur kontrovers diskutierten Themen und Positionen. Ferner wird der Gesetzgeber zwar aufgefordert nicht weiter untätig zu bleiben, zugleich sind die Anforderungen an eine realitätsnahe und damit wirksame Reaktion aber auch hinter den Erwartungen der Beschwerdeführer\*innen zurückgeblieben.
- **Praktische Implikationen:** Der Beschluss verpflichtet den Gesetzgeber tätig zu werden, für andere Institutionen besteht kein direkter Handlungsbedarf. Dennoch ist es sinnvoll z.B. erarbeitete SOPs auf die im Beschluss hervorgehobenen Aspekte erneut durchzusehen und ggf. nachzuschärfen.
- **Gesetzesvorschlag einschließlich einer ex-post-Triage von Kersten/Rixen, Der Verfassungsstaat in der Corona-Krise, 2. Aufl. 2021, VI. Triage:**

*„In einer Situation, in der knappe, der Lebenserhaltung dienende medizinische Behandlungsmittel zwingend nur einer Person zugeteilt werden können, hat der oder die Behandlungsverantwortliche eine Entscheidung zu treffen, die sich an der klinischen Erfolgsaussicht orientiert und Benachteiligungen im Sinne eines in § 1 dieses Gesetzes [= des AGG] genannten Grundes vermeidet; die Entscheidung kann auch darin bestehen, die Behandlung eines Patienten oder einer Patientin zugunsten eines anderen Patienten oder einer anderen Patientin nicht einzuleiten oder abubrechen.“*

## Eingereichte Fragen und Themen:

**Hinweis:** Bitte beachten Sie auch die [Protokolle früherer Meetings](#), wenn Sie Themen vermissen.

- **Angehörigenbesuche:** Vielerorts gelten aktuell eingeschränkte Besuchsmöglichkeiten: z.B. 1 Person/Tag mit 2G+ Nachweis; Besuchsverbote in vulnerablen Bereichen, aber Besuchsmöglichkeiten für schwerstkranke Patient\*innen oder solche mit langen Liegezeiten und in schwierigen Entscheidungssituationen. In einigen Kliniken wurden erneut Besuchsstopps verhängt (mit Ausnahmen für z.B. Kinder, Entbindungen und sterbende Patient\*innen).  
-> Angehörigenbesuche fördern die Genesung, den Informationsaustausch und die Eruiierung des Patientenwillens und sind daher gegen die Schutzmaßnahmen während einer Pandemie abzuwägen: [Positionspapier zur Regelung von Angehörigenbesuchen in Krankenhäusern während Pandemien](#) (Sektion Ethik und psychologische Versorgungsstrukturen der DIVI)
- **Bettenknappheit im pädiatrischen Bereich:** Anlässlich von Berichten aus den USA und steigender Inzidenz unter Kindern wird überlegt, wie Erwachsenenstationen für die Übernahme von Kindern vorbereitet werden könnten - auch hier ist das Kinderintensivpflegepersonal die vermutlich knappere Ressource als die Bettenzahl. Vereinzelt wird berichtet, dass pädiatrische Bereiche Erwachsene übernehmen. Das Thema soll auf dem nächsten Online-Meeting ausführlicher behandelt werden.

## Veranstaltungshinweise:

17.02.2022, Online:

[2. Netzwerktreffen Ethikberatung in der Psychiatrie](#) (AEM/DGPPN)

02.03.2022, Online:

[3. Fachtagung zur außerklinischen Ethikberatung](#) (Evangelische Akademie/ZEM/AEM)

## Bitte um Themenvorschläge und Vorstellung eigener Projekte:

Sie sind herzlich eingeladen zu Beginn des nächsten Online-Meetings in Form eines kurzen Inputs über eigene Initiativen und Projekte zu berichten und Themenvorschläge einzureichen. Interesse melden Sie bitte im Vorfeld an [asimon1@gwdg.de](mailto:asimon1@gwdg.de).

## **Nächster Termin für Online-Meeting**

**Dienstag, 25.01.2022, 20:00 – 21:00 Uhr**

<https://us02web.zoom.us/j/81562034467>

Tel. +49 69 7104 9922

Meeting-ID: 815 6203 4467

**Passwort:** Der Zugang zum Online-Meeting ist durch ein Passwort geschützt. Sollten Sie das Passwort nicht per Mail erhalten haben, wenden Sie sich bitte an [asimon1@gwdg.de](mailto:asimon1@gwdg.de).

**Die Zugangsdaten bleiben bei jedem Online-Meeting gleich.**

**Hinweis:** Nutzen Sie in der Zwischenzeit gerne die Informationsseiten auf der [Homepage der AEM](#).