

## Karin Michel: Wege aus der Corona-Triage? Kritische Bemerkungen zur „tödlichen Entscheidung“.

Nicht nur aktuell wird die Diskussion um die sog. „Triage“ als ethisch besonders brisanter Diskurs geführt. Triage-Verfahren gelten schon lange als Antwort auf die Frage nach der Verteilungsgerechtigkeit bei medizinischer Ressourcenknappheit in Notfallsituationen: Ursprünglich u.a. bezogen auf die Lebensmittelselektion (frz. „trier“, Auslese<sup>1</sup>) erhielt der Begriff der Triage seine heutige medizinische Bedeutung durch die Militärmedizin. Seit der Wende zum 19. Jahrhundert wurden Regeln für die Behandlung bei einem hohen Aufkommen von Verwundeten auf den Schlachtfeldern formuliert.<sup>2</sup> Die dabei zunächst zum Zuge kommende Regel der Behandlungsdringlichkeit (Schwerstbetroffene zuerst) wurde bald um die Regel der Aussonderung der „hoffnungslosen Fälle“ (Todgeweihte werden nicht behandelt) ergänzt.<sup>3</sup> Diese von der Kriegsmedizin entwickelten Kriterien der Behandlungspriorisierung und Aussonderung gelten für Extremsituationen medizinischer Versorgung als Standards: Im Verhältnis wenig medizinisches Personal mit knappen medizinischen Ressourcen muss eine plötzlich auftretende, im Verhältnis hohe Anzahl von Patienten versorgen, welche die gegebenen medizinischen Kapazitäten deutlich übersteigt. Die „Schlachtfeld-Triage“ wurde später in die Notfall- und Katastrophenmedizin übernommen.<sup>4</sup> Aktuell werden Triage-Szenarien vor dem Hintergrund einer möglichen katastrophischen Entwicklung im Verlauf der Covid-19 Infektionswelle auch in der BRD verstärkt in das öffentliche Bewusstsein gerückt. Die DIVI (Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) hat unlängst „klinisch-ethische Empfehlungen“ zur „Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der Covid-19-Pandemie“ veröffentlicht.<sup>5</sup>

Die Triage als ein für Extremsituationen der Kriegsmedizin entwickeltes Instrumentarium der Entscheidungsfindung nimmt für den Fall eines akuten Mangels an medizinischen Ressourcen die Unterversorgung und sogar den Tod behandlungsbedürftiger Menschen in Kauf. Ebenso selektiert es PatientInnen mit den besten Erfolgsaussichten bei der Behandlung. Die Empfehlungen der DIVI werden ausdrücklich für den Fall ausgesprochen, „dass auch Deutschland in kurzer Zeit und trotz bereits erfolgter Kapazitätserhöhungen nicht mehr ausreichend intensivmedizinische Ressourcen für alle Patienten zur Verfügung stehen, die ihrer bedürfen“.<sup>6</sup>

Unter der Ägide einer „patientenzentrierten“, individuell zugeschnittenen Entscheidungsfindung einerseits und einer angenommenen gravierenden Ressourcenknappheit andererseits werden insgesamt tendenziell konsequentialistisch gedachte Kriterien eines Behandlungsvorzuges ins Feld geführt: dabei gewinnt die *klinische Erfolgsaussicht* (die u.a. anhand einer prognostisch relevanten Gebrechlichkeitsskala „Clinical frailty index“<sup>7</sup> ermittelt wird) primäre Relevanz für Entscheidungen darüber, wer noch zu behandeln ist und wer nicht. Ferner gilt bei gegebener Behandlungsindikation der

<sup>1</sup> Mitchel, Glenn W. (2008) In: Disaster Medicine and Public Health, Volume 2, Issue S1 September 2008, pp. S4-S7. Siehe hier auch Hogan, David E. / Burstein, Jonathan (<sup>2</sup>2007): Disaster Medicine. Wolters Kluwer, Philadelphia.

<sup>2</sup> Werner, H. (1885): Jean Dominique Larrey. Ein Lebensbild aus der Geschichte der Chirurgie. Enke-Verlag, Stuttgart.

<sup>3</sup> Vgl. Hogan, David E./ Burstein, Jonathan (<sup>2</sup>2007), S. 13.

<sup>4</sup> Mitchel, Glenn W. (2008).

<sup>5</sup> DIVI – Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin – Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und Intensivmedizin im Kontext der Covid-19-Pandemie – Klinisch-ethische Empfehlungen vom 25.03.2020. Link: <https://www.DIVI.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file>, abgerufen April 2020.

<sup>6</sup> DIVI Empfehlungen (27.03.2020), S. 3.

<sup>7</sup> Zur schematischen Darstellung des Rockwood Clinical Frail Index siehe z.B. den Link: [https://www.DIVI.de/images/Dokumente/200331\\_DGG\\_Platat\\_A4\\_Clinical\\_Frailty\\_Scale\\_CFS.pdf](https://www.DIVI.de/images/Dokumente/200331_DGG_Platat_A4_Clinical_Frailty_Scale_CFS.pdf), zuletzt abgerufen Mai 2020.

*Wille* der PatientInnen als weiteres entscheidendes Kriterium für die Aufnahme, Unterlassung oder Unterbrechung z.B. einer Beatmung. Empfohlen wird der Verfolg eines „Entscheidungsbaumes“: Indikation ja oder nein? Wenn keine Indikation gegeben ist, erfolgt keine Behandlung. Ist eine Indikation z.B. für eine Beatmung gegeben, wird der „Patientenwille“ relevant: Wird eine Behandlung abgelehnt, direkt oder vermittelt durch eine Patientenverfügung, so wird die Beatmung unterlassen oder unterbrochen. Wird eine Behandlung dagegen gewünscht, so greift im Fall der Not und Knappheit die „Ressourcenentscheidung“, das heißt: die Triage. In der Triage ist das Kriterium für die Aufnahme oder Fortführung der Behandlung ihre Erfolgsaussicht: ist diese gegenüber den Aussichten anderer PatientInnen schlechter, so empfiehlt sich der Therapieverzicht bzw. die Palliativbehandlung. Sind die Aussichten im Verhältnis besser, so empfiehlt sich die Durchführung der intensivmedizinischen Maßnahme. Stehen also bei hohem Aufkommen beatmungspflichtiger PatientInnen nicht genug Beatmungsgeräte zur Verfügung, wird „priorisiert“ – Menschen, für die eine Beatmung indiziert ist und die eine Beatmung wollen, werden ggf. nicht behandelt, weil die vorhandenen Geräte an die PatientInnen mit den besseren Erfolgsaussichten ausgeteilt werden. Schwere Vorerkrankungen – wie z.B. eine dialysepflichtige Niereninsuffizienz oder eine Herzinsuffizienz oder eine COPD – können so im Zweifel zu Ausschlusskriterien für eine lebensnotwendige Beatmung werden. Ausgesondert sind dabei einerseits bereits diejenigen Betroffenen, deren Behandlung „sowieso aussichtslos“ erscheint wie auch diejenigen, die von sich aus auf eine Behandlung verzichten, selbst wenn diese eventuell doch noch „aussichtsreich“ wäre. Eine konkrete Situation könnte zwei intensivmedizinische Patientinnen betreffen, die eine indizierte Behandlung wollen und für die bei der Anlage einer Beatmung auch eine Überlebenswahrscheinlichkeit gegeben wäre. Stünde nur für eine Person ein entsprechendes Beatmungsgerät zur Verfügung, so wäre dieses dann – ggf. mit Todesfolge – derjenigen Patientin vorzuenthalten, die hochaltrig, gebrechlich, diabeteserkrankt oder herzinsuffizient ist, weil Therapiechancen für sie zwar noch gegeben wären, jedoch deutlich schlechter stünden als die einer jüngeren, weniger gebrechlichen und nicht von Diabetes betroffenen Person.

Die Empfehlungen der italienischen Fachgesellschaft SIAARTI zur Triage-Priorisierung legen dies nahe: Einbezogen in die Behandlungsentscheidung bei Covid-19-Infektionen werden hier das Alter, die Überlebenswahrscheinlichkeit, die meiste potentielle Lebenszeit und die Maximierung des Nutzens für eine möglichst große Zahl von Menschen.<sup>8</sup> Dass ein derartiges Triage-Kalkül der klassisch-utilitaristischen Logik von Benthams „greatest happiness of the greatest number“ folgt, ist unschwer zu erkennen. Auch Lebensalter und hypothetische Lebensdauer werden utilitaristisch als Kriterien des Lebenswerts und damit des Behandlungsvorzuges angeführt.<sup>9</sup> Wären aber dann nicht auch z.B. die Systemrelevanz der Berufe von Betroffenen oder andere Kriterien der Selektion (gesellschaftliche Stellung, Intelligenz, Attraktivität, kurz: gesellschaftlicher Nutzen) denkbar?

Die Erklärung der DIVI sucht allerdings die Einbeziehung von Lebens- oder Nutzwertkriterien in ihre Triage-Regeln deontologisch zu umgehen: In der kurzen Formulierung „Aus verfassungsrechtlichen Gründen dürfen Menschenleben nicht gegen Menschenleben abgewogen werden.“ wird eigens eine anti-utilitaristische Intention betont.<sup>10</sup> In der Tat ist verfassungsrechtlich ein Dreißigjähriger nicht wertvoller als ein Neunzigjähriger und auch das Leben eines Menschen mit Vorerkrankung darf nicht als weniger wertvoll angesehen werden als das Leben eines rundum gesunden Menschen. Der verfassungsrechtlich

---

<sup>8</sup> Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva. Deutsche Arbeitsübersetzung der Klinisch-ethische Empfehlungen zum Beginn intensivmedizinischer Maßnahmen und zu ihrer Beendigung, unter außerordentlichen Umständen aufgrund von Ungleichgewicht zwischen Notwendigkeit und verfügbarer Ressourcen. Link: [http://www.provinz.bz.it/gesundheit-leben/gesundheit/ethik-und-gesundheit.asp?news\\_action=300&news\\_image\\_id=1061753](http://www.provinz.bz.it/gesundheit-leben/gesundheit/ethik-und-gesundheit.asp?news_action=300&news_image_id=1061753), zuletzt abgerufen April 2020.

<sup>9</sup> Konkret kann das bedeuten, generelle Altersbegrenzungen für Behandlungen einzuführen und so auch Menschen mit guten Heilungschancen von der Versorgung auszuschließen.

<sup>10</sup> DIVI-Empfehlungen (27.03.2020), S. 4.

festgeschriebene Gleichheitsgrundsatz ist auch und gerade auf das Leben und die körperliche Unversehrtheit bezogen, beides ist begründet in der Menschenwürde. In seiner Ad-hoc-Empfehlung zur Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise weist der Deutsche Ethikrat explizit darauf hin: Die Garantie der Menschenwürde fordert eine egalitäre Basisgleichheit und statuiert damit einen entsprechenden basalen Diskriminierungsschutz.<sup>11</sup> Der verfassungsrechtliche Status des Gleichheitsgebotes impliziert einen hohen Anspruch an das staatliche Handeln: Zum einen schließt er eine gesetzliche Regelung für eine Selektion aus: Das Recht auf Leben kann prinzipiell für niemanden ausgesetzt werden. Zum anderen wird es zu einer vordringlichen Aufgabe, den Lebensschutz für alle auch in Krisenzeiten als „Sozialstaat“ zu garantieren – etwa im Ausbau des Gesundheitssystems und in Maßnahmen des Bevölkerungs- und Infektionsschutzes. Die diesbezüglich unternommenen Bemühungen von Staaten werden nach wie vor intensiv diskutiert.

Der Eintritt einer Triage-Situation wäre für das verfassungsrechtliche Gleichheitsgebot einer der größten anzunehmenden Skandale: Er würde nicht nur ein gravierendes Versagen der Gesundheitsversorgung anzeigen, er würde ebenfalls eklatante Menschenrechtsverletzungen mit sich bringen. Das zuletzt genannte Problem suchen die Empfehlungen der DIVI begründungstheoretisch zu lösen: Das utilitaristische Konzept der Lebenswertbestimmung soll durch das rein medizinisch zu bestimmende Kriterium der „klinischen Erfolgsaussicht“ ersetzt werden<sup>12</sup>, und zwar nur dann, wenn unausweichliche Notsituationen entstehen, die nicht anderweitig abgefangen werden können. Priorisierung nach klinischer Erfolgsaussicht bedeutet: Vordringlich zu behandeln sind schwer Kranke, die unbehandelt sterben und mit Behandlung gute Besserungschancen haben. Nachrangig oder gar nicht zu behandeln wären leicht Betroffene mit guter Prognose ohne Behandlung, aber ebenso schwer Kranke mit schlechten Besserungschancen auch mit Behandlung.<sup>13</sup> Nicht aufgrund der Wertigkeit ihres Alters oder ihrer Lebensdauer würden PatientInnen miteinander verglichen – verglichen würde allein der medizinisch-biologische Status von Personen: die Krankheitsverlaufsprognose und die Heilungschancen. Das Ziel dieser Vorgehensweise besteht dann darin, für den Fall, dass man nicht alle Menschenleben retten kann, so doch möglichst viele zu retten. Unterstellt wird dabei, dass auch unabhängig von einer Pandemie und

---

<sup>11</sup> „Die Garantie der Menschenwürde fordert eine egalitäre Basisgleichheit und statuiert damit einen entsprechenden basalen Diskriminierungsschutz aller. Für den Staat als unmittelbaren Adressaten der Grundrechte gilt darüber hinaus der Grundsatz der Lebenswertindifferenz: Be- oder gar Abwertungen des menschlichen Lebens sind ihm untersagt. Jede unmittelbare oder mittelbare staatliche Unterscheidung nach Wert oder Dauer des Lebens und jede damit verbundene staatliche Vorgabe zur ungleichen Zuteilung von Überlebenschancen und Sterbensrisiken in akuten Krisensituationen ist unzulässig. Jedes menschliche Leben genießt den gleichen Schutz. Damit sind nicht nur Differenzierungen etwa aufgrund des Geschlechts oder der ethnischen Herkunft untersagt. Auch eine Klassifizierung anhand des Alters, der sozialen Rolle und ihrer angenommenen „Wertigkeit“ oder einer prognostizierten Lebensdauer muss seitens des Staates unterbleiben.“ Deutscher Ethikrat: Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise – Ad hoc Empfehlung vom 27. März 2020, S. 3. Link: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf>, abgerufen April 2020.

<sup>12</sup> „Grunderkrankungen, das kalendarische Alter, soziale Aspekte und Behinderungen sind keine legitimen Kriterien für Triage-Entscheidungen. Es gelte der Gleichheitsgrundsatz. In Deutschland werde nicht dem 80-Jährigen von vornherein die Behandlungsmöglichkeit verweigert. Es wird differenziert: Der Schweregrad der aktuellen Erkrankung und relevante Begleiterkrankungen wie zum Beispiel schwere vorbestehende Organdysfunktion mit prognostisch eingeschränkter Lebenserwartung spielen eine wesentliche Rolle.“ Zitiert nach DIVI aktuelle Meldungen vom 23. April 2020, Link: <https://www.DIVI.de/aktuelle-meldungen-intensivmedizin/triage-bei-covid-19-wir-entscheiden-nicht-nach-alter-oder-behinderung-intensiv-und-notfallmediziner-aktualisieren-klinisch-ethische-entscheidungsempfehlungen>, zuletzt abgerufen Mai 2020.

<sup>13</sup> Bei gleichen Erfolgsaussichten kämen möglicherweise wiederum Lebenswertkriterien zum Tragen. Vgl hierzu: Tatjana Hörnle, Dilemmata bei der Zuteilung von Beatmungsgeräten. Verfassungsblog 04. April 2020. Link: <https://verfassungsblog.de/dilemmata-bei-der-zuteilung-von-beatmungsgeraeten/>, zuletzt abgerufen 24.04.2020.

bei vollkommener Unwissenheit darüber, wen eine Infektion treffen würde und welche Behandlungschancen sich dabei jeweils ergeben, alle gleichermaßen ein Interesse daran haben, dass in einer derartigen Situation möglichst viele Menschen überleben.<sup>14</sup> Argumentativ stützen sich die DIVI-Empfehlungen auf diese Begründung und damit darauf, Menschen nicht aktiv nach prospektiven Effizienzkriterien – etwa durch Altersbeschränkungen – vom Zugang zur Gesundheitsversorgung auszuschließen. Sie ermöglichen prinzipiell auch einem 90-jährigen mit guter Prognose einen Behandlungsvorzug vor einem 30-jährigen mit schlechter Prognose. Sie sehen lediglich vor, Hilfen zu unterlassen, die unmöglich für alle erbringbar sind. Das Lebensrecht als solches würde damit prinzipiell nicht verletzt, denn niemand würde von vornherein wegen seiner gesellschaftlichen „Nützlichkeit“ von der Versorgung ausgeschlossen und zum Sterben bestimmt. Das Lebensrecht würde lediglich im Hinblick auf ein Problem der Ressourcenverteilung spezifiziert: Wenn nicht alle behandelt werden können, so sollen doch so viele Menschenleben wie möglich gerettet werden, auch wenn notfalls Menschen sterben müssen.<sup>15</sup> Der Rekurs auf den Behandlungserfolg soll dabei eine prinzipielle Chancengleichheit ermöglichen.

Individuethisch bleibt jedoch auch eine solche Begründung der Triage ein Skandal: Auch sie steht für das „Sterbenlassen“ von Menschen ein, die bei gegebenen Behandlungsmöglichkeiten leben könnten. Sie verleiht zudem den in Medizin und Pflege Tätigen eine enorme Entscheidungsmacht über Leben und Tod, wobei diese Entscheidungsmacht ihrerseits regiert wird von einer „Knappheit der Ressourcen“, die Menschen allererst in die Position des Entscheidens drängt und ihren Entscheidungen durch Triage-Regeln das Ergebnis relativ klar vorgibt. Doch kann man sich sicher sein, dass das, was weniger aussichtsreich erscheint, nicht doch Möglichkeiten birgt, die aktuell nicht erkennbar sind? Wie genau und wie gewiss sind die Bestimmungen von Überlebenschancen? Sollten nicht trotz beschränkter Mittel alle Betroffenen eine Behandlung erhalten?

Auch eine nicht-utilitär begründete Priorisierung nimmt im Rückgriff auf Besserungschancen und Notstand aufgrund von Mittelknappheit den Tod behandlungsbedürftiger Menschen in Kauf. Auch sie formuliert Kriterien der Vorrangigkeit: Sind PatientInnen beispielsweise von Einschränkungen durch „Gebrechlichkeit“ und Vorerkrankungen betroffen, so erscheint deren Behandlung insgesamt weniger zielführend: „Indikatoren für eine schlechte Erfolgsaussicht intensivmedizinischer Maßnahmen“ sind u.a. der Grad der Gebrechlichkeit<sup>16</sup>, „schwere Komorbiditäten [...] schwere Organ-Dysfunktionen mit prognostisch eingeschränkter Lebenserwartung, z.B. fortgeschrittene Herzinsuffizienz, [...] COPD, [...] fortgeschrittene neurologische Erkrankung, [...] fortgeschrittene Krebserkrankung [...] schwere und irreversible Immunschwäche, Multimorbidität“.<sup>17</sup> Dieser Katalog scheint, trotz aller ethischen

<sup>14</sup> Lübbe, Weyma (Hrsg.) (2004): Tödliche Entscheidung. Mentis Paderborn, S. 13 ff.

<sup>15</sup> Weyma Lübbe Verfassungsblog, Corona-Triage. Ein Kommentar zu den anlässlich der Corona-Krise publizierten Triage-Empfehlungen der italienischen SIAARTI-Mediziner, 15. März 2020, Link: <https://verfassungsblog.de/corona-triage/>. Vgl. ferner ausführlich und erhellend: Lübbe, Weyma (Hrsg.) (2004): Tödliche Entscheidung. Allokation von Leben und Tod in Zwangslagen. Mentis, Paderborn, Einleitung.

<sup>16</sup> Hier ist z.B. Grad 7 von 10 „Frailty-Graden“ wie folgt bestimmt: „Personen in dieser Kategorie sind aufgrund körperlicher oder kognitiver Einschränkungen bei der Körperpflege komplett auf externe Hilfe angewiesen. Dennoch sind sie gesundheitlich stabil. Die Wahrscheinlichkeit, dass sie innerhalb der nächsten 6 Monate sterben, ist gering“. An Demenz erkrankte Menschen werden wie folgt eingestuft: „Frailty bei Personen mit Demenz: Der Schweregrad der Frailty entspricht der Schwere der Demenz. Typische Symptome einer leichten Demenz sind Vergesslichkeit bezüglich Details jüngster Ereignisse, auch wenn man sich an das Ereignis selbst noch erinnert, sowie das Wiederholen von Fragen und Gesagtem sowie sozialer Rückzug. - Bei mittelgradiger Demenz ist das Kurzzeitgedächtnis stark beeinträchtigt, obwohl die Personen sich augenscheinlich noch gut an Ereignisse der Vergangenheit erinnern können. Die Körperpflege erfolgt selbstständig mit verbaler Unterstützung.-Personen mit schwerer Demenz sind nicht in der Lage, ihre Körperpflege ohne Hilfestellung auszuführen.“ Link: [https://www.DIVI.de/images/Dokumente/200331\\_DGG\\_Platat\\_A4\\_Clinical\\_Frailty\\_Scale\\_CFS.pdf](https://www.DIVI.de/images/Dokumente/200331_DGG_Platat_A4_Clinical_Frailty_Scale_CFS.pdf), zuletzt abgerufen Mai 2020.

<sup>17</sup> Zitiert nach DIVI, Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Maßnahmen

Bemühungen der notfallmedizinischen Experten, in ihren Empfehlungen nicht auf Effizienzkriterien zurückzugreifen, von vornherein auf ein „gesünder-“ oder „fitter-sein“ als Lebenswert bezogen. Er wirkt damit deutlich selektierend. Für Menschen mit entsprechenden Einschränkungen als potentiell Betroffenen dürfte er nicht unbedingt ein Gegenstand der Zustimmung sein.<sup>18</sup>

## Auswege aus der Triage?

Unter dem Paradigma der Ressourcenknappheit im Kriegs- oder Katastrophenfall bieten sich neben der „klinischen Erfolgsaussicht“ nur folgende nicht-utilitäre Lösungsmöglichkeiten an: bei Knappheiten aus Gerechtigkeitsgründen niemanden zu behandeln (wenn nicht alle, dann keiner), die Behandlung zeitlich-seriell zuzuteilen (der Reihe nach) oder die Zuteilung per Los zu organisieren (der „Zufall“ entscheidet). Derartige Verfahren scheinen jedoch ebenfalls keine zufriedenstellenden Optionen für das Problem gesundheitsbezogener Verteilungsgerechtigkeit zu bieten.<sup>19</sup> Bleiben also als Zuteilungskriterien zur Bewältigung des medizinischen Versorgungsnotstandes nur die gesellschaftliche Effizienz von Menschen einerseits oder ihr individueller Therapieerfolg andererseits?

Das scheinbar ausweglose Dilemma der Triage ist gebunden an eine bestimmte Perspektive: Stets bleibt in den laufenden Allokations- und Priorisierungsdiskursen um die „tödliche Entscheidung“ das Knappheitskriterium als solches unhinterfragt. In der Tat ist das u.a. aus der Ökonomik stammende Prinzip der Knappheit die Bedingung der Möglichkeit von Triage und Priorisierung in der Medizin.<sup>20</sup> Die Triage-Diskussion steht jedoch nicht allein im Kontext der Medizin, sondern betrifft auch die Frage des *gesellschaftlichen Umgangs* mit älteren und von Erkrankungen und Einschränkungen betroffenen Menschen. Diese Gruppe wird in der Form der DIVI-Empfehlungen als solche und bewusst in einen Knappheitsdiskurs einbezogen, der einerseits behauptet, mit den „Erfolgsaussichten“ ein egalitäres und gewissermaßen gruppenneutrales Kriterium für Behandlungschancen im Krisenfall zu eröffnen („Wir entscheiden nicht nach Alter oder Behinderung“).<sup>21</sup> Andererseits jedoch werden dezidiert ganz bestimmte Patientengruppen bezeichnet, deren Therapieerfolgsaussichten *per se* als niedrig eingestuft werden.<sup>22</sup> Menschen in höherem Alter mit Vorerkrankungen und Behinderungen werden somit zu einer skalierbaren „Risikogruppe“, die im Knappheitsfall mit notfallethischer Legitimation nachrangig versorgt werden darf. Diese auf die Knappheit bezogene Gruppendifinition rechtfertigt allerdings mit der Möglichkeit des Sterbenlassens auch eine existenzielle und ultimative Form der Exklusion.

Gibt es einen Ausweg aus den „Corona-Triage-Szenarien“? In dieser Frage melden sich Vertreter der Intensiv- und Palliativmedizin unter Inanspruchnahme einer berufsspezifischen Ethik-Expertise zu Wort.<sup>23</sup> Nachdrücklich empfohlen wird von dieser Seite eine wiederum individualethisch konnotierte Lösungsmöglichkeit: Ältere bzw. zur „Risikogruppe“ gehörende Menschen werden aufgefordert, spezielle Covid-19-bezogene Patientenverfügungen zu verfassen, die für den Infektionsfall die Klinik-Aufnahme und eine intensivmedizinische Behandlung generell untersagen – formuliert als Vorausverfügungen ohne

<sup>18</sup> Vgl hier: Peter Radtke: „Wir werden aus diesem Dilemma nicht schuldfrei herauskommen“ – Interview mit Jonas Weyrosta. In: Die Zeit online, 11. Mai 2020. Link: <https://www.zeit.de/2020/20/peter-radtke-coronavirus-krise-gesundheitssystem>, abgerufen Mai 2020.

<sup>19</sup> Vgl. dazu Lübke, Weyma (2004), S. 16 f.

<sup>20</sup> Vgl. dazu: Schmitz-Luhn, Björn / Bohmeier, André (Hrsg.) (2013): Priorisierung in der Medizin. Kriterien im Dialog. Springer-Verlag, Berlin.

<sup>21</sup> DIVI, Aktuelle Meldungen vom 23.03.2020. Link: <https://www.DIVI.de/aktuelle-meldungen-intensivmedizin/triage-bei-covid-19-wir-entscheiden-nicht-nach-alter-oder-behinderung-intensiv-und-notfallmediziner-aktualisieren-klinisch-ethische-entscheidungsempfehlungen>, abgerufen Mai 2020.

<sup>22</sup> Siehe Fußnoten 17 und 18.

<sup>23</sup> Interview mit Matthias Thöns im Deutschlandfunk am 11.04.2020. Link: [https://www.deutschlandfunk.de/palliativmediziner-zu-covid-19-behandlungen-sehr-falsche.694.de.html?dram:article\\_id=474488](https://www.deutschlandfunk.de/palliativmediziner-zu-covid-19-behandlungen-sehr-falsche.694.de.html?dram:article_id=474488), abgerufen Mai 2020.



Ansehen einer konkreten Erkrankungssituation. Auch in dieser Lösungsmöglichkeit, die sich prima facie auf die Autonomiesicherung bei Erkrankung und im Alter beruft, schwingen die Grundkonzepte der utilitären Effizienz und der Ressourcenknappheit mit: Argumentiert wird, dass Behandlungsverzichtserklärungen von hochaltrigen, tendenziell „aussichtslosen“ Patientinnen nicht nur die Infektionsgefahr für das klinische Personal minimieren<sup>24</sup>, sondern auch, dass die Patientenverfügungen zur Vermeidung von Triage-Situationen insgesamt beitragen. Dieser „Weg aus der Triage“ setzt allerdings auf eine Subjektivierung: Ein durch professionelle Beratungen initiiertes und begleiteter selbstbestimmter Therapieverzicht lässt die Betroffenen zwar scheinbar frei entscheiden. Er führt aber sekundär zu einer Entlastung des intensivmedizinischen Versorgungssystems bzw. verschiebt die medizinische Versorgung in den Palliativsektor. Auch hier wird der Tod behandlungsbedürftiger und gegebenenfalls behandlungsfähiger Menschen unter Auslobung der Patientenautonomie in Kauf genommen. Der Weg zu einer „Vorabtrriage“ erscheint nicht weit.<sup>25</sup> Der Therapieverzicht wird vordringlich Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern empfohlen, also denjenigen gesellschaftlichen Gruppen, deren Behandlungserfolgchancen generell als ungünstig gelten. Mit der entsprechenden Verfügung begrenzt eine Heimbewohnerin ihre Therapiechancen unangesehen von tatsächlichen „Erfolgchancen“ von vornherein – ein denkbar effektives Mittel der Entlastung.<sup>26</sup>

Was aber wäre, wenn „Knappheit“ für Behandlungsfragen kein relevanter Faktor wäre? Wenn genügend Ressourcen für die Versorgung aller Betroffenen zur Verfügung stehen, dann werden „tödliche Entscheidungen“ obsolet: Kein Leben müsste zugunsten eines anderen Lebens zurückgestellt werden. Die ethisch sensible Frage, ob eine intensivmedizinische Maßnahme oder eher eine palliativmedizinische Maßnahme mit angemessener Sterbebegleitung in einer konkreten Situation in Frage kommt, kann dann ohne vorgezeichnete Gruppenexklusion und ohne pauschalisierte Vorausverfügung sehr individuell mit den Betroffenen selbst sowie konsiliarisch und kooperativ mit allen beteiligten professionellen Disziplinen, insbesondere auch der Pflege und mit den Angehörigen und Nächsten und ggf. der Klinikseelsorge beantwortet werden. Ausreichende Ressourcen erlauben es, dass die spezifischen Perspektiven aller Beteiligten Teil des Reflexionsprozesses sein können. Im Rahmen einer hinreichenden medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgungslage kann das Beste für alle Erkrankten versucht werden, eben auch für die älteren und vorekrankten Menschen – ohne Priorisierung medizinischer Leistungen. Der Ansatz liegt bei der Schaffung einer bedürfnisangemessenen Versorgungslage. Der Weg aus der Triage liegt nicht bei der Verwaltung einer Knappheit, die seit Jahrzehnten in markt- und gewinnorientierten Gesundheitsunternehmen unhinterfragtes Dogma ist. Er liegt nicht bei den katastrophisch und öffentlichkeitswirksam vorgebrachten Empfehlungen einer medizinischen Fachgesellschaft, die sich auf die Befugnisse mächtiger medizinischer Entscheider konzentrieren und gesellschaftlich und sozialetisch kaum reflektiert erscheinen.

Der Schlüssel für einen „Weg aus der Triage“ liegt vielmehr bei der Ausgestaltung der Versorgungslandschaft in Medizin, Pflege und sozialer Versorgung wie auch bei deren allgemeiner Zugänglichkeit. Der Schlüssel liegt zugleich in der Verfügbarkeit von Möglichkeiten einer Infektionsprävention. Die ethische Beurteilung dieses Schlüssels ist im Rahmen individuellethischer Ansätze allein nicht zu bewältigen. Sie gibt vielmehr die Einnahme einer sozialetischen und sozialpolitischen Perspektive auf: Die Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen betrifft nicht primär Einzelentscheidungen über Leben und Tod. Sie berührt vielmehr eine soziale Frage: Die aktuellen Thematisierungen von Triage-Szenarien verweisen zum einen auf eine Bereitschaft zur Exklusion und

---

<sup>24</sup> A.a.O.

<sup>25</sup> Begriff nach Binswanger, Daniel (2020): Das Recht auf Überleben. Artikel in: Die Republik vom 04.04.2020. Link: <https://www.republik.ch/2020/04/04/das-recht-auf-ueberleben>, abgerufen Mai 2020.

<sup>26</sup> A.a.O.

Funktionalisierung bestimmter gesellschaftlicher Gruppen. Ältere, erkrankte oder behinderte Menschen werden als defizitbehaftet, als Angehörige einer „Risikogruppe“ mit schlechten Therapieerfolgschancen dargestellt, die zu einem selbstbestimmten Therapieverzicht ermuntert werden sollen. Sie gelten als die „Schwachen und Gefährdeten“<sup>27</sup>, die – zugespitzt formuliert – sowieso sterben und daher nachrangig zu behandeln sind. Dieses Alters- und Behinderungsbild wird im aktuellen Triage-Diskurs trotz aller egalitären Anstrengungen zugleich bemüht und bekräftigt. Nicht diskutiert werden dagegen die Privatisierungen und massiven Einsparungen im Gesundheitswesen, denen zur Krisenbewältigung nur mit einem umfangreichen gesellschaftlichen Ausbau der Hilfsysteme begegnet werden kann, zu dem insbesondere auch die adäquate Ausbildung und Bezahlung von Fachpersonal gehören muss. Auch sind nicht alle „Alten“ gleichermaßen „vulnerabel“: Der gesundheitliche Zustand und die Lebensdauer von Menschen sind in hohem Maße abhängig von ihrem Einkommen und ihrer sozialen Stellung.<sup>28</sup> Ebenso ist die Infektionsmortalität sozial konnotiert: Es sind insbesondere die Armen<sup>29</sup>, die es trifft. Die Covid-19-Erkrankung ist ein gesellschaftliches Phänomen: In den USA sind Menschen mit afro-amerikanischer Abstammung in besonderem Maße von der Corona-Sterblichkeit betroffen. Diese Menschen leiden häufig unter Vorerkrankungen wie Diabetes, sie haben keinen adäquaten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung und zu Möglichkeiten des „social distancing“, etwa im home-office.<sup>30</sup> Vergleichbares gilt für große Teile der Bevölkerung in Ländern wie etwa Brasilien, Indien oder Südafrika.<sup>31</sup> Die den Behandlungsnotstand und die Behandlungsbegrenzung rechtfertigende „Knappheit“ ist keine Naturgegebenheit. Sie ist eine politische und soziale Konstruktion. Eben diese Konstruktion gilt es zu hinterfragen, wenn Fragen der Verteilungsgerechtigkeit von Gesundheitsleistungen verhandelt werden. Erst die Berücksichtigung der sozialen Kontextuiertheit von Behandlungspraktiken macht die Bedingungen transparent, unter denen Priorisierungen erfolgen. Eine solche Transparenz gehört stets zur Beantwortung von Allokationsfragen.

### Literatur und Links:

Artikel: Die nächste Katastrophe – Armut. In: Der Spiegel, Nr. 15, 4.4.2020, S. 88 ff.

Artikel: Tödliche Ungleichheit. Süddeutsche Zeitung vom 10. April 2020. Link: <https://www.sueddeutsche.de/politik/coronavirus-usa-schwarze-sterberate-1.4872535>, zuletzt abgerufen Mai 2020.

Baureithel, Ulrike (2020): Triage: Leben oder Sterben. In: Blätter für deutsche und internationale Politik. Jg. 65, Heft 5 / 2020, S. 37-40.

<sup>27</sup> Vgl. hierzu: Baureithel, Ulrike (2020): Triage: Leben oder Sterben. In: Blätter für deutsche und internationale Politik. Jg. 65, Heft 5 / 2020, S. 37-40.

<sup>28</sup> Vgl. hierzu: van Dyk, Silke / Gräfe, Stefanie / Haubner, Tine (2020): Das Überleben der „Anderen“: Alter in der Pandemie. In: Blätter für deutsche und internationale Politik. Jg. 65, Heft 5/2020, S. 33-36.

<sup>29</sup> Siehe hierzu auch das „Hintergrundpapier“ Kompetenznetz Public Health Covid-19: [https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Hintergrundpapier\\_SozUngl\\_COVID19\\_final.pdf](https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Hintergrundpapier_SozUngl_COVID19_final.pdf), Stand Mai 2020.

<sup>30</sup> Siehe Artikel: Tödliche Ungleichheit. Süddeutsche Zeitung vom 10. April 2020. Link: <https://www.sueddeutsche.de/politik/coronavirus-usa-schwarze-sterberate-1.4872535>, zuletzt abgerufen Mai 2020.

<sup>31</sup> Siehe Artikel: Die nächste Katastrophe – Armut. In: Der Spiegel, Nr. 15, 4.4.2020, S. 88 ff. „In Indien, wo Großstädte wie Mumbai oder Dehli häufig unter einer Smoglocke liegen, leiden drei Millionen Menschen an Tuberkulose. 80 Millionen sind Diabetiker. Das Immunsystem vieler Afrikaner ist zusätzlich geschwächt durch mangelnde Ernährung, HIV, Malaria oder das Lassa-Fieber.“ Ebda. Siehe ferner: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1103785/umfrage/mortalitaetsrate-des-coronavirus-nach-laendern/>, zuletzt abgerufen Mai 2020.

Binswanger, Daniel (2020): Das Recht auf Überleben. Artikel in: Die Republik vom 04.04.2020. Link: <https://www.republik.ch/2020/04/04/das-recht-auf-ueberleben>, abgerufen Mai 2020.

Deutscher Ethikrat: Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise – Ad hoc Empfehlung vom 27. März 2020, S. 3. Link: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf>, abgerufen April 2020.

DIVI – Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin – Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und Intensivmedizin im Kontext der Covid-19-Pandemie – Klinisch-ethische Empfehlungen vom 25.03.2020. Link: <https://www.DIVI.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file>, abgerufen April 2020.

DIVI aktuelle Meldungen vom 23. April 2020, Link: <https://www.DIVI.de/aktuelle-meldungen-intensivmedizin/triage-bei-covid-19-wir-entscheiden-nicht-nach-alter-oder-behinderung-intensiv-und-notfallmediziner-aktualisieren-klinisch-ethische-entscheidungsempfehlungen>, abgerufen Mai 2020.

Hogan, David E. / Burstein, Jonathan (2007): Disaster Medicine. Wolters Kluwer, Philadelphia.

Hörnle, Tatjana: Dilemmata bei der Zuteilung von Beatmungsgeräten. Verfassungsblog 04. April 2020. Link: <https://verfassungsblog.de/dilemmata-bei-der-zuteilung-von-beatmungsgeraeten/>, abgerufen April 2020.

Lübbe, Weyma (Hrsg.) (2004): Tödliche Entscheidung. Allokation von Leben und Tod in Zwangslagen. Mentis Paderborn.

Lübbe, Weyma Verfassungsblog, Corona-Triage. Ein Kommentar zu den anlässlich der Corona-Krise publizierten Triage-Empfehlungen der italienischen SIAARTI-Mediziner, 15. März 2020, Link: <https://verfassungsblog.de/corona-triage/>, zuletzt abgerufen Mai 2020.

Mitchel, Glenn W. (2008): A brief history of triage. In: Disaster Medicine and Public Health, Volume 2, Issue S1 September 2008, pp. S4-S7.

Radtke, Peter (2020): „Wir werden aus diesem Dilemma nicht schuldfrei herauskommen“ – Interview mit Jonas Weyrosta. In: Die Zeit online, 11. Mai 2020. Link: <https://www.zeit.de/2020/20/peter-radtke-coronavirus-krise-gesundheitssystem>, abgerufen Mai 2020.

Rockwood Clinical Frail Index, Link: [https://41e5fc1d-e404-4830-8c07-64690e79acce.filesusr.com/ugd/2a1cfa\\_e5e2c60f3d3d4449bbdd5e85aeb915f3.pdf](https://41e5fc1d-e404-4830-8c07-64690e79acce.filesusr.com/ugd/2a1cfa_e5e2c60f3d3d4449bbdd5e85aeb915f3.pdf), zuletzt abgerufen April 2020.

Schmitz-Luhn, Björn / Bohmeier, André (Hrsg.) (2013): Priorisierung in der Medizin. Kriterien im Dialog. Springer-Verlag, Berlin.

Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva. Deutsche Arbeitsübersetzung der Klinisch-ethische Empfehlungen zum Beginn intensivmedizinischer Maßnahmen und zu ihrer Beendigung, unter außerordentlichen Umständen aufgrund von Ungleichgewicht zwischen Notwendigkeit und verfügbarer Ressourcen. Link: [http://www.provinz.bz.it/gesundheits-leben/gesundheitsethik-und-gesundheit.asp?news\\_action=300&news\\_image\\_id=1061753](http://www.provinz.bz.it/gesundheits-leben/gesundheitsethik-und-gesundheit.asp?news_action=300&news_image_id=1061753), zuletzt abgerufen April 2020.



Statista online-Portal für Statistik, Link:

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1103785/umfrage/mortalitaetsrate-des-coronavirus-nach-laendern/>, zuletzt abgerufen Mai 2020.

Thöns, Matthias (2020): Interview im Deutschlandfunk am 11.04.2020. Link:

[https://www.deutschlandfunk.de/palliativmediziner-zu-covid-19-behandlungen-sehr-falsche.694.de.html?dram:article\\_id=474488](https://www.deutschlandfunk.de/palliativmediziner-zu-covid-19-behandlungen-sehr-falsche.694.de.html?dram:article_id=474488), abgerufen Mai 2020.

van Dyk, Silke / Gräfe, Stefanie / Haubner, Tine (2020): Das Überleben der „Anderen“: Alter in der Pandemie. In: Blätter für deutsche und internationale Politik. Jg. 65, Heft 5/2020, S. 33-36.

Werner, H. (1885, Neuauflage 2014): Jean Dominique Larrey. Ein Lebensbild aus der Geschichte der Chirurgie. Enke-Verlag, Stuttgart.