

## ÜBERLEBENSCHANCEN UND STERBERISIKEN IN DER CORONA-PANDEMIE

### Irrwege der Triage-Ethik

In den ersten Wochen, in denen sich die Corona-Pandemie im Frühjahr 2020 in Deutschland ausbreitete, war die Sorge groß, dass die Intensivstationen der Krankenhäuser dem Ansturm von Covid-19-Patienten nicht gewachsen sein würden. Die Bilder aus der Lombardei und dem Elsass, aus Madrid und später aus New York und London zeigten überlastete Krankenhäuser, erschöpfte Ärzte und Pflegekräfte und überforderte Bestattungsinstitute. Die Frage, wie die Intensivbetten und die Beatmungsgeräte zu verteilen wären, wenn sie nicht für alle reichen würden, die ihrer bedürften, beschäftigte Ärzte, Medizinethiker und Juristen, nicht zuletzt Strafrechtler, die sich auf die Frage konzentrierten, welche Zuteilungsentscheidungen rechtmäßig und welche strafbar seien.

Um mit solchen Fragen gar nicht erst konfrontiert zu werden, wurde in Deutschland der Bestand an Intensivbetten und Beatmungsgeräten aufgestockt. Darüber hinaus wurden Behelfskrankenhäuser eingerichtet. Mit 29,2 Intensivbetten pro 100.000 Einwohner war Deutschland vergleichsweise gut ausgestattet. Italien hatte 12,5, Frankreich 11,6 und Spanien 9,7 Intensivbetten pro 100.000 Einwohner.<sup>1</sup> Diese Länder wurden von der Pandemie deutlich härter getroffen. In Deutschland wurde die Infektionskurve mit Hilfe eines allgemeinen Lockdowns in Wirtschaft und Gesellschaft, in Kirchen und Kultur, der Schließung der Schulen und Kindergärten und einer drakonischen nationalen und internationalen Kontakt- und Reisesperre abgeflacht. Das europäische Grenzregime des Schengen-Abkommens wurde schnell und ohne parlamentarische Debatte suspendiert. Die Politik schien der überholten Pädagogik zu folgen, dass die Effektivität einer Maßnahme mit ihrer Schmerzhaftigkeit steigt. Die Bevölkerung akzeptierte die Einschränkungen, solange

MANFRED SPIEKER, geb. 1943, ist em. Prof. für Christliche Sozialwissenschaften an der Universität Osnabrück.

diese die Hoffnung stützten, die durch das Corona-Virus verloren gegangene Sicherheit wiederzugewinnen. Eine Überforderung des Krankenhaussystems wurde vermieden. Die Frage, welchen Preis Wirtschaft und Gesellschaft dafür zu zahlen haben, wird Deutschland noch lange beschäftigen. Die Zäsur war und ist gravierend. Die in der Corona-Pandemie verlorene Sicherheit wird nicht zurückkehren, auch dann nicht, wenn die befürchtete «zweite Welle» der Pandemie ausbleiben sollte.

Zwar blieben den Ärzten in Deutschland Triage-Situationen erspart, aber die Frage, nach welchen Kriterien sie entscheiden sollen, wer ein Intensivbett oder ein Beatmungsgerät bekommt und wer nicht, wenn die Zahl der Patienten die Ressourcen übersteigt, eine Triage also notwendig ist, erforderte gleichwohl eine Antwort. Der Deutsche Ethikrat, verschiedene Ärztesellschaften und Akademien, die Deutsche Bischofskonferenz, die Konrad-Adenauer-Stiftung, Rechtswissenschaftler, Medizinethiker und Moralthologen suchten eine Antwort und publizierten Papiere, die Wege, aber auch Irrwege zu einer Triage-Ethik zeigen.

Es geht in der Triage-Ethik um Regeln für die Zuteilung von Überlebenschancen oder Sterberisiken durch den Arzt, der über die Aufnahme in eine Intensivstation entscheidet. Der Begriff kommt aus dem Französischen. Triage heißt Auswahl. Triage bedeutet in der Notfall-, Kriegs- oder Katastrophenmedizin die erste Sichtung der Opfer am Unfallort oder auf dem Schlachtfeld, um zu entscheiden, wer vorrangig behandelt und wer palliativ zum Sterben begleitet werden soll, wenn die medizinisch notwendige Versorgung für alle unmöglich ist. Konsens besteht weithin darüber, dass eine Priorisierung nur innerhalb der Gruppe der Covid-19-Erkrankten<sup>2</sup> «nicht vertretbar» ist, jede Entscheidung über die Zuteilung knapper Intensivbetten also auch die Patienten mit anderen Krankheiten zu berücksichtigen habe.<sup>3</sup>

Eine wichtige Unterscheidung in der Debatte um die Triage-Ethik in der Corona-Pandemie ist die Unterscheidung zwischen der Ex-ante-Triage und der Ex-post-Triage. In der Ex-ante-Triage geht es um die Entscheidung, wer von den gleichzeitig in der Notaufnahme ankommenden Patienten ein Intensivbett erhalten soll, wenn die Intensivbetten nicht für alle reichen, die ihrer bedürfen. In der Ex-post-Triage geht es um die Frage, ob einem Patienten, der bereits an ein Beatmungsgerät angeschlossen wurde, das Beatmungsgerät wieder abgenommen werden darf, um es, aus welchen Gründen auch immer, einem neu eingelieferten Patienten zukommen zu lassen. In der Ex-post-Triage stellen sich die schwierigen Fragen, die in der gegenwärtigen Debatte kontrovers beantwortet werden.

### 1. *Ex-ante-Triage*

In der Ex-ante-Triage sind die Fragen leichter zu beantworten. Hat der Arzt für zwei Patienten, die ein Intensivbett brauchen, nur ein Bett zur Verfügung, wird er zunächst fragen, ob die Behandlung in der Intensivstation indiziert ist und ob der Patient mit ihr einverstanden ist, also keine Patientenverfügung dem entgegensteht. Hat der Patient durch eine schriftliche oder mündliche Willenserklärung eine intensivmedizinische Behandlung ausgeschlossen, wird der Arzt sie nicht beginnen. Liegt eine derartige Verfügung nicht vor, wird der Arzt seine Entscheidung nach medizinischen Kriterien treffen, die um die Fragen der Dringlichkeit, der Verhältnismäßigkeit und der Erfolgchancen der Therapie kreisen und auch andere Erkrankungen berücksichtigen – in Anlehnung an die Transplantationschirurgie, die bei der Zuteilung der knappen Organe nach den gleichen Kriterien verfährt. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften räumt – wie auch die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin – in ihren Richtlinien für Triage-Entscheidungen denjenigen Patienten Priorität ein, «deren Prognose im Hinblick auf das Verlassen des Spitals mit Intensivbehandlung gut, ohne diese aber ungünstig ist».<sup>4</sup> Patienten, die bei diesen Entscheidungen das Nachsehen haben, die keine Intensivtherapie erhalten und sterben, werden nicht durch Unterlassen getötet. Sie können mangels Ressourcen nicht gerettet werden.<sup>5</sup> Kein Arzt lädt deshalb Schuld auf sich.

Ist angesichts der schnellen Ausbreitung der Pandemie absehbar, dass die vorhandenen Ressourcen nicht ausreichen, ist es dennoch nicht gerechtfertigt, bereits eingelieferten Patienten mit der entsprechenden Indikation das benötigte Intensivbett vorzuenthalten in der Erwartung von Patienten, die dieses Bett noch dringender benötigen. «Antizipierte und aktuell nicht vorhandene Patienten werden bei einer Entscheidung nach den Regeln der Triage nicht berücksichtigt».<sup>6</sup> Würde der Arzt sie dennoch berücksichtigen, müsste ihm aus der Perspektive des zurückgestellten Patienten und seiner Angehörigen der Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung gemacht werden.

#### *Erster Irrweg: Diskriminierungen*

Aber auch in der Ex-ante-Triage können sich Fragen stellen, die kontrovers beantwortet werden. Ist der eine Patient alt oder gar sehr alt, der andere jung, der eine Arzt oder Krankenschwester, der andere Arbeiter oder Verkäuferin, der eine Mutter von mehreren kleinen Kindern und der andere alleinstehend, der eine reich und der andere arm, wird mancher Arzt und mancher Ethiker

dazu neigen und auch Gründe finden, sich für den jungen und gegen den alten, für den Arzt oder die Krankenschwester und gegen den Arbeiter oder die Verkäuferin, für die Mutter der kleinen Kinder und gegen die alleinstehende Person zu entscheiden – nach dem Motto «Rettet zuerst die Retter» oder «Rettet zuerst die, die Verantwortung für andere tragen».<sup>7</sup> Wahrscheinlich wird er davor zurückschrecken, sich für den reichen und gegen den armen Patienten zu entscheiden, weil ihm der Verstoß gegen das Diskriminierungsverbot in diesem Fall allzu deutlich vor Augen steht. Aber das Diskriminierungsverbot greift auch in den anderen Fällen, und es ist nur ein Aspekt des verfassungsrechtlichen Rahmens für die ärztliche Entscheidung. Die anderen Aspekte sind die unantastbare Würde des Menschen und das jedem zustehende Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, das nicht abhängig ist von der prognostizierten Dauer oder der Qualität des Lebens. Das Grundgesetz nennt diese Aspekte in Artikel 1, Absatz 1, Satz 1: «Die Würde des Menschen ist unantastbar» und in Artikel 2, Absatz 2, Satz 1: «Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit». Sie sind die Grundlage für das Diskriminierungsverbot in Artikel 3. Nicht nur für den Gesetzgeber, der erwägen mag, Vorgaben für eine Triage gesetzlich zu regeln, sondern auch für den Arzt sind dies verbindliche Rahmenbedingungen. Er hat sich bei der Entscheidung über die Zuteilung von Überlebenschancen oder Sterberisiken jeder Beurteilung des Wertes oder der Dauer des Lebens seiner Patienten zu enthalten. Die verfassungsrechtlichen Vorgaben für das ärztliche Handeln in der Corona-Pandemie sind im Übrigen keine deutsche Besonderheit. Auch die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen von 1948 geht in Artikel 1 von der Würde des Menschen aus, die dem Diskriminierungsverbot in Artikel 2 und dem Recht auf Leben und Freiheit in Artikel 3 zugrunde liegt.

Die Verfassung komme an ihre Grenzen, so ist in der Corona-Pandemie zu hören. Dies betrifft jedoch nicht die ärztlichen Pflichten bei der Triage. Es betrifft die politischen Entscheidungsprozesse bei der Bekämpfung der Pandemie. Die Einschränkung der Grundrechte, die Regelung der Kontaktverbote, die Schließung der nationalen Grenzen, der Lockdown der Wirtschaft und des Bildungssystems und die bis dahin unvorstellbare Verschuldung des Staates zur Rettung der Wirtschaft zeigen notgedrungen eine Dominanz der Exekutive in Bund und Ländern und lassen nach der Rolle der Legislative und der Judikative sowie nach der Balance im System der Gewaltenteilung fragen.<sup>8</sup> Das föderale System federt in Deutschland die Dominanz der Bundesregierung ab. Die Gerichte prüfen, ob bei all den einschneidenden Maßnahmen der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gewahrt bleibt. So wird die Verfassung in der Corona-Pandemie zwar getestet, aber nicht außer Kraft gesetzt. Dies gilt auch für die ärztlichen Standespflichten: Sie werden getestet, aber nicht außer Kraft gesetzt.

Der Deutsche Ethikrat hat in seiner Ad-Hoc-Empfehlung «Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise» vom 27. März 2020 die Verbindlichkeit der verfassungsrechtlichen Vorgaben unterstrichen: «Verbindlicher Rahmen auch für die ärztliche Ethik sind fundamentale Vorgaben der Verfassung: 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- und 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 Sterberisiken in akuten Krisensituationen ist unzulässig. Jedes menschliche Leben genießt den gleichen Schutz. Damit sind nicht nur Differenzierungen 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».<sup>9</sup>

Im Gegensatz zu der Vorgabe, dass die prognostizierte Lebensdauer kein Kriterium für die Zuteilung eines medizinisch indizierten Intensivbettes sein darf, stehen deshalb Vorschläge, Patienten, die ein bestimmtes Alter überschritten haben oder eine sehr begrenzte Lebenserwartung haben, von der Aufnahme in die Intensivstation auszuschließen. Die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften schließen die Aufnahme von Patienten über 85 Jahren von vornherein aus.<sup>10</sup> Eine Lebenserwartung unter zwölf Monaten ist für Elisa Hoven ein Ausschlusskriterium. Sie meint, niemand würde wohl «ernsthaft behaupten», dass die Aussicht auf einige Monate Lebenserwartung mit derjenigen auf viele Jahre «gleichwertig» sei.<sup>11</sup> Dies ist offenkundig verfassungswidrig.

Rechtlich und ethisch problematisch ist es aber auch, die besonders vulnerable Gruppe der pflegebedürftigen Heimbewohner angesichts der Corona-Pandemie zu Patientenverfügungen zu drängen. «Spätestens jetzt», so Bettina Schöne-Seifert und Hugo van Aken vom Universitätsklinikum Münster, müsse «für möglichst jeden einzelnen Heimbewohner geklärt werden, ob er im hypothetischen Fall einer schweren Covid-19-Erkrankung in ein Krankenhaus verlegt und intensivmedizinisch behandelt werden» wolle. Der Tod an einer Lungenentzündung in hohem Alter müsse «nicht in jedem Einzelfall bekämpft werden». Es wäre «falsch und unfair, sterbewillige Patienten auf Kosten lebenswilliger zu behandeln».<sup>12</sup> Das Drängen zu Patientenverfügungen unter dem Druck der Ressourcenknappheit widerspricht dem Eingeständnis, dass die Heimbewohner, unter denen der Anteil der Demenzkranken besonders

hoch ist, oft gar nicht verstehen, was die Corona-Pandemie ist und warum zu ihrer Bekämpfung rigorose Kontaktverbote erlassen werden. Das Drängen zu solchen Willenserklärungen und ihrer regelmäßigen «Re-Evaluierung» wird nicht akzeptabler, wenn es mit der Vermeidung von «Überversorgung und Paternalismus» begründet wird. Auch hier wird als Ziel genannt, die «Ressourcen für jene bereitzuhalten, die eine indizierte Intensivtherapie wünschen». Wer diese Therapie nicht durch eine Patientenverfügung von vornherein ausgeschlossen hat, der wünscht sie. Die nun zu einer solchen Verfügung Gedrängten dürfen – so das Papier des Bischofs von Essen, Franz-Josef Overbeck, und seiner Mitautoren – allerdings nicht «das Gefühl bekommen, indirekt zu einem «sozialverträglichen Ableben» aufgefordert zu sein».<sup>13</sup> Die zu einer Patientenverfügung Drängenden dürfen auch nicht den Eindruck erwecken, so Schöne-Seifert und van Aken, sie seien bei der Frage nach einer Intensivbehandlung «auf ein Nein erpicht, um drohende Versorgungsengpässe abzufedern».<sup>14</sup>

Dass aber diese Sorge nicht unbegründet ist, zeigt ein Blick auf Initiativen staatlicher und gesellschaftlicher Gesundheitsdienste in England und den USA. Der National Health Service in England forderte ältere Patienten mit schweren anderen Erkrankungen in einem Brief vom 27. März 2020 auf, Patientenverfügungen um ein Nichtwiederbelebungsformular zu ergänzen, damit die Angehörigen darüber informiert seien, dass sie bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes auf Grund einer Covid-19-Erkrankung keinen Notarzt rufen sollten, um die Ressourcen für jüngere und kräftigere Patienten zu reservieren, die eine größere Chance haben, die Covid-19 Infektion zu überleben. Die den assistierten Suizid propagierende Gesellschaft «Compassion and Choices» in den USA forderte ihre Mitglieder auf, Patientenverfügungen um ein Covid-19-addendum zu ergänzen, mit dem sie im Falle einer Covid-19-Erkrankung auf eine intensivmedizinische Behandlung verzichten.<sup>15</sup> Ähnliche Ergänzungen zu Patientenverfügungen schlugen die Vereinigung «Save Other Souls» und die «National Hospice and Palliative Care Organization» vor.<sup>16</sup> Ältere Menschen zu drängen, die Ressourcenknappheit durch Patientenverfügungen bzw. deren Re-Evaluierung oder Ergänzung zu mildern, bleibt ein Irrweg auf dem Weg zu einer Triage-Ethik.

## 2. *Ex-post-Triage*

Die Vorschläge, ein bestimmtes Alter oder eine Lebenserwartung unter zwölf Monaten zu einem Nichtaufnahmekriterium zu erklären oder eine Lebenserwartung von einigen Monaten gegen eine Lebenserwartung von vielen Jahren abzuwägen, stellen sich erneut in der Ex-post-Triage. Hier geht es nicht mehr

um die Frage von Aufnahme oder Nichtaufnahme in die Intensivstation, sondern um die Frage, ob einem Patienten mit begrenzter Lebenserwartung das Beatmungsgerät wieder abgenommen werden darf, um es einem Patienten mit längerer Lebenserwartung zu geben. Zahlreiche Ärzte, aber auch Juristen und Medizinethiker bejahen diese Frage und suchen nach Rechtfertigungen für ihre Entscheidung.

### *Zweiter Irrweg: Quantifizierung*

Die Maxime, möglichst viele Leben zu retten, reicht allein nicht aus, um den Transfer des Beatmungsgerätes von einem bereits angeschlossenen Patienten zu einem neu hinzugekommenen zu rechtfertigen. Mit dem Transfer würden nicht mehr Leben gerettet als ohne den Transfer, vorausgesetzt, die Intensivtherapie ist bei beiden Patienten notwendig und ohne sie würde derjenige sterben, dem sie nicht – oder nicht mehr – zuteil wird. Deshalb wird die Maxime, möglichst viele Leben zu retten, nicht selten ergänzt durch die Maxime, möglichst viele Lebensjahre zu retten.<sup>17</sup> Drei mit dieser Frage befasste Ärzte erklärten in einem Appell in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung, sie wollten «mögliche Ergebnisse von Triage-Entscheidungen quantitativ abschätzen». Sie konstruierten ein anonymes «Gesamtkollektiv», dem ein Patient mit einer schlechten Prognose geopfert werden dürfe, wenn das Beatmungsgerät, an das er bereits angeschlossen wurde, einem Patienten mit einer wesentlich besseren Prognose zugeteilt würde.<sup>18</sup> Die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften schließen deshalb die Aufnahme nicht nur von Patienten über 85 Jahren aus, sondern auch von Patienten über 75 Jahren, wenn diese noch bestimmte andere Erkrankungen mitbringen.<sup>19</sup> Auch die Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin hält die «Beendigung einer Intensivtherapie eines Covid-19-Patienten [...] im Kontext der Gesamtversorgungssituation» für möglich, wenn dadurch ein anderer Patient therapiert werden könne, der «ein besseres Outcome zu erwarten hätte».<sup>20</sup>

Die Ärzte, die in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung für eine quantitative Betrachtung der Triage-Entscheidungen plädierten, wollen aus den «zahlenmäßigen Wahrscheinlichkeiten» sogar «Konsequenzen für ethische Konzepte» ableiten. Das wäre die Kapitulation der Ethik vor der Statistik. Sie warfen dem Deutschen Ethikrat denn auch einen «despektierlichen Umgang mit dem Konzept des utilitaristischen Denkens» vor. Für den Ethikrat zähle nur der Einzelfall, «die große Zahl» sei ihm der Erwähnung nicht wert. Dabei sei es doch allein «utilitaristisches Denken», das «uns als Gesellschaft und als Nation das Fell» rette.<sup>21</sup>

Der vor allem unter Medizinern verbreiteten Tendenz zu einer utilitaristischen Betrachtung in der Triage-Ethik ist entgegenzuhalten, dass das Leben von Menschen nicht gegeneinander abgewogen werden darf – weder unter dem Aspekt der gesellschaftlichen Nutzenmaximierung noch unter dem der zu erwartenden Lebensdauer. Jedes Leben ist gleich wertvoll.<sup>22</sup> Das Bundesverfassungsgericht hat dies in seinem Urteil zum Luftsicherheitsgesetz vom 15. Februar 2006 unterstrichen. Als verfassungswidrig verwarf es die Ermächtigung zum Abschuss eines von Terroristen entführten Passagierflugzeugs, um Menschen am Boden, zum Beispiel in einem vollbesetzten Fußballstadion, vor einem gezielt herbeigeführten Absturz zu schützen. Ein solcher Abschuss sei mit dem Recht auf Leben und der Menschenwürdegarantie des Grundgesetzes nicht vereinbar, soweit davon tatunbeteiligte Menschen an Bord des Flugzeugs betroffen seien: «Menschliches Leben und menschliche Würde genießen ohne Rücksicht auf die Dauer der physischen Existenz des einzelnen Menschen gleichen verfassungsrechtlichen Schutz».<sup>23</sup>

### *Dritter Irrweg: Gleichstellung von Ex-ante-Triage und Ex-post-Triage*

Die Konsequenz, die Ärzte, Strafrechtler und Ethiker aus einer utilitaristischen Betrachtung ziehen, ist die Einebnung des Unterschieds zwischen der Ex-ante-Triage und der Ex-post-Triage. Es gebe «keinen kategorischen Unterschied zwischen ex-ante- und ex-post-Konkurrenz», so vier Strafrechtler in der Zeitschrift «medstra». Es sei «weder verfassungs- noch strafrechtlich zu rechtfertigen, die Fortsetzung der Behandlung eines Patienten, der mit einer Überlebenschance von 20% zufällig an ein noch freies Beatmungsgerät angeschlossen wurde, nur deshalb nicht zu überprüfen, weil seine Abnahme vom Gerät scheinbar ein aktives Tun und damit Töten wäre, wenn dadurch ein neu eingelieferter und ebenfalls dringend behandlungsbedürftiger Patient mit einer Überlebenschance von 80% zu Tode» käme.<sup>24</sup> Dem ist entgegenzuhalten, dass der Patient mit der Überlebenschance von 20% nicht «zufällig» an das Beatmungsgerät angeschlossen wurde, sondern auf Grund einer Indikation und im Vertrauen darauf, dass die Ärzte sein Überlebensinteresse beachten und dem klassischen Grundsatz medizinischen Handelns folgen, dem Patienten nicht zu schaden. Einem Patienten das Beatmungsgerät zugunsten eines anderen Patienten mit einer höheren Überlebenschance wieder abzunehmen, wäre ein Vertrauensbruch und nicht nur «scheinbar», sondern wirklich «aktives Tun und damit Töten».

Wenn sich der Patient allerdings im Sterbeprozess befindet, kann eine Änderung des Therapiezieles mit der Abnahme des Beatmungsgeräts und der



palliativen Fortsetzung der Behandlung medizinisch legitim sein. Sie wäre als passive Sterbehilfe auch ethisch legitim.<sup>25</sup> Problematisch kann aber auch dieser Fall werden, wenn das Motiv für das Abschalten nicht die Absicht des Arztes ist, sich dem Sterben nicht länger in den Weg zu stellen, sondern einen wartenden Patienten mit der Aussicht auf längeres Überleben zu therapieren, oder wenn die Empfehlung zur wiederholten kritischen Überprüfung des Therapiezieles mit den knappen Ressourcen begründet wird.<sup>26</sup> Das Motiv des Arztes entscheidet also darüber, ob die Abnahme eines Beatmungsgerätes rechtmäßig ist oder nicht. Der konkurrierende Anspruch eines zweiten Patienten darf bei der Beendigung einer intensivmedizinischen Behandlung eines Patienten keine Rolle spielen.<sup>27</sup>

Der Patient mit der geringeren Überlebenschance ist nicht verpflichtet, sein Leben für den Patienten mit der höheren Überlebenschance zu opfern. «Wer nicht gerettet werden kann, weil der einzige Weg zu seiner Rettung nicht legitim ist, wird Opfer eines bösen Schicksals», so Reinhard Merkel, «wer zugunsten anderer zum Sterben ausgesondert wird, (wird) Opfer einer Tötung. Keine Rechtsordnung kann das als gültige Norm akzeptieren.» Es sei «der strafrechtliche Lehrbuchfall einer rechtswidrigen Tötung, wenn in einem lebenserhaltenden klinischen Vorgang mit tödlicher Folge interveniert wird, um mit dem dann freiwerdenden Gerät das Leben eines anderen zu retten».<sup>28</sup> Der Deutsche Ethikrat lässt ebenfalls keinen Zweifel an der Rechtswidrigkeit einer Ex-post-Triage, bei der eine laufende und weiterhin indizierte Behandlung zum Zweck der Beatmung eines Dritten aktiv beendet wird. Allerdings gesteht der Ethikrat – wie auch Reinhard Merkel, der die Empfehlung des Ethikrates mitverfasst hat – den Ärzten in solchen Grenzsituationen eine «entschuldigende Nachsicht der Rechtsordnung» zu.<sup>29</sup> Die Ärzte «mögen irren, Kriminelle sind sie nicht».<sup>30</sup>

Die Unterscheidung zwischen der Ex-ante-Triage und der Ex-post-Triage bleibt ein wesentliches Element der Triage-Ethik. Nicht nur der Deutsche Ethikrat und die Deutsche Bischofskonferenz, sondern auch eine Reihe anderer Papiere halten daran fest.<sup>31</sup>

#### *Vierter Irrweg: Gleichstellen von Handeln und Unterlassen*

Wer den Unterschied zwischen der Ex-ante-Triage und der Ex-post-Triage bestreitet, versucht dies in der Regel mit der Gleichstellung von Handeln und Unterlassen zu rechtfertigen, manchmal auch mit der These von der Unvermeidbarkeit von Schuld. Die Gleichstellung von Handeln und Unterlassen, oder auch «von Nichthandeln und Beenden»,<sup>32</sup> geht davon aus, dass das aktive

Beenden einer lebensnotwendigen Beatmung ethisch und rechtlich nicht anders zu bewerten sei als das Nichtaufnehmen einer Beatmung. Ob eine Behandlung «nicht begonnen oder vorzeitig beendet wird», mache keinen Unterschied.<sup>33</sup> Beide Formen des Sterbenlassens seien «normativ gleichwertig».<sup>34</sup> Der Arzt sei gegenüber dem neu ankommenden Patienten genauso verpflichtet wie gegenüber dem bereits auf der Intensivstation behandelten. «Mit Blick auf die Gleichrangigkeit der betroffenen Rechtsgüter» gebe es «aus normativer Perspektive keinen Grund, vom Täter die Aufrechterhaltung eines – rechtsgutsverletzenden – status quo zu verlangen und ihn bei einem aktiven Eingreifen zu bestrafen».<sup>35</sup> In einer früheren Fassung ihres Textes, die dem Verfasser vorliegt, schrieb Elisa Hoven noch, es ließe sich bezweifeln, dass ein Unterlassen gegenüber dem aktiven Tun stets das geringere Unrecht darstelle. Diesem Zweifel wäre entgegenzuhalten, dass das Unterlassen einer Beatmung mangels eines Beatmungsgerätes nicht geringeres Unrecht, sondern gar kein Unrecht darstellt. Die Abnahme eines Beatmungsgerätes trotz Indikation mit Todesfolge dagegen ist kein Sterbenlassen, sondern Töten, also eine aktive Handlung, die zu unterlassen ist. Diese Unterlassungspflicht hat immer Vorrang vor der Pflicht, auch dem neu ankommenden Patienten zu helfen. Wenn diesem nur durch einen Rechts- und Vertrauensbruch gegenüber dem ersten Patienten zu helfen ist, ist die Hilfe zu unterlassen. Die Unterlassungspflicht hat Vorrang vor der Handlungspflicht. Sie ist von anderer Unbedingtheit als die Pflicht zu helfen. Die Differenzierung zwischen Handeln und Unterlassen hat deshalb im Kontext der Triage-Problematik nicht an normativem Gehalt verloren.<sup>36</sup> Wenn die sittliche Qualität von Handlungen ausschließlich «von ihrer Eignung als Mittel für das Optimierungsziel» abhinge, gäbe es keine eo ipso unsittlichen Handlungen. Der Satz «Der Zweck heiligt die Mittel», der seit jeher als Ausdruck einer verwerflichen Überzeugung galt, verlöre seine Verwerflichkeit.<sup>37</sup>

#### *Fünfter Irrweg: Unvermeidbarkeit von Schuld*

Den Unterschied zwischen der Ex-ante-Triage und der Ex-post-Triage bestreitet auch die Stellungnahme zur Triage des Bischofs von Essen, Franz-Josef Overbeck, und seiner Mitautoren. Zwar sei der Abbruch einer intensivmedizinischen Therapie in einer Triage-Situation «aus christlicher Sicht ... eher schwer zu rechtfertigen», aber es gebe «gute Gründe, keinen wesentlichen Unterschied zu machen zwischen der Aufnahme-Triage und der Abbruch-Triage». Diesen Widerspruch versuchen die Autoren mit der These von der Unvermeidbarkeit von Schuld aufzulösen. Es gebe «tragische Entscheidungen, die – aus der katholischen Tradition heraus gesprochen – mit Schuld belas-

tet» seien, egal, «wie in einer solchen Situation entschieden» werde. Dem ist entgegenzuhalten, dass es einen Zwang zur Schuld nicht gibt. Der Arzt, der einem Patienten nicht helfen kann, weil er die dafür notwendigen Ressourcen nicht hat oder diese nur durch einen Rechts- und Vertrauensbruch beschaffen könnte, macht sich nicht schuldig, wenn er nicht hilft. Die Unmöglichkeit, das Sterben aller Patienten in einer Notfallsituation zu verhindern, verursacht Leid, ist aber keine Schuld, solange keine fahrlässigen Mängel in der Krankenhausplanung oder bei den Rettungsdiensten vorliegen, für die dann aber nicht der Arzt, sondern der Krankenhausträger oder der Rettungsdienst verantwortlich wären. Offenkundig ist den Autoren bei der These von der Unvermeidbarkeit der Schuld nicht ganz wohl. Sie behaupten, «die Beschaffenheit solcher Entscheidungssituationen» entziehe sich «menschlich-moralischen Maßstäben». Sie bedürfe «des transzendenten Blicks». «Ein abschließendes Werturteil» könne daher «nicht formuliert werden». <sup>38</sup> Der «transzendente Blick» empfiehlt sich gewiss immer. Aber hier wirkt der Rat zu einem transzendenten Blick wie ein Ausweichen vor der Anstrengung der Vernunft.

Unklar bleibt, inwiefern sich die bischöfliche Stellungnahme auf die «katholische Tradition» beruft. Belege werden nicht genannt. Die Rede von der Unvermeidbarkeit von Schuld in einer Dilemma-Situation ist eher in der reformatorischen Theologie oder in der griechischen Tragödie zu verorten. Im Streit um die Beteiligung der Christen an der gesetzlichen Schwangerschaftskonfliktberatung Ende 1999 wurde der katholischen Kirche von Vertretern der EKD oft vorgehalten, es gebe «Situationen, in denen man Schuld nicht vermeiden» könne. Der Schwangerschaftskonflikt sei eine solche Situation. Stelle man in der Schwangerschaftskonfliktberatung den eine Abtreibung erst ermöglichenden Beratungsschein aus, werde man gegenüber dem getöteten Kind schuldig. Stelle man ihn nicht aus, werde man gegenüber der abtreibungswilligen Schwangeren schuldig. Wie auch immer man sich entscheide, man werde zwangsläufig schuldig. <sup>39</sup> Dem ist entgegenzuhalten: Wer das Leben eines Kindes schützt und dafür andere Werte oder Ziele, die nicht gleichrangig sind, zurückstellt, wird nicht schuldig.

Die katholische Kirche hat die These von der Unvermeidbarkeit von Schuld nie geteilt. Ihre Antwort findet sich im Katechismus: «Die Umstände, einschließlich der Folgen, sind zweitrangige Elemente einer sittlichen Handlung. Sie tragen dazu bei, die sittliche Güte oder Schlechtigkeit menschlicher Handlungen zu steigern oder abzuschwächen... Sie können auch die Verantwortung des Handelnden vermindern oder vermehren... Die Umstände können an sich die sittliche Beschaffenheit der Handlungen selbst nicht ändern; sie können eine in sich schlechte Handlung nicht zu etwas Gutem und Gerechten machen». <sup>40</sup> Die «katholische Tradition», das heißt die Lehre der ka-

tholischen Kirche, erlaubt deshalb keinen Zweifel daran, dass die Abnahme des Beatmungsgerätes bei einem Patienten mit kürzerer Lebenserwartung zugunsten eines anderen mit längerer Lebenserwartung eine aktive Tötung und damit eine unsittliche Handlung wäre.

## Anmerkungen

- 1 <https://www.wissenschaft.de/scienceblogs/corona-epidemie-und-intensivbetten-in-europa-gesundheits-check> (abgerufen am 13.5.2020).
- 2 Covid-19 ist die Abkürzung für Coronavirus Disease 2019.
- 3 DEUTSCHE INTERDISZIPLINÄRE VEREINIGUNG FÜR INTENSIV- UND NOTFALLMEDIZIN (DIVI), *Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und Intensivmedizin im Kontext der Covid-19-Pandemie, Klinisch-ethische Empfehlungen vom 25.3.2020*, Ziffer 2.2. (Im folgenden DIVI-Empfehlungen) Vgl. auch Thomas HEINEMANN – Ingo PROFT – Stephan SAHM – Eberhard SCHOCKENHOFF, *Covid-19. Ethische Empfehlungen über Beginn und Fortführung einer intensivmedizinischen Behandlung bei nicht ausreichenden Behandlungskapazitäten*, Arbeitspapier vom 1.4.2020, Valendar 2020, 29f.
- 4 SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN, *Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit*, Richtlinien vom 24.3.2020, Ziffer 3; DIVI-Empfehlungen, Ziffer 2.2; vgl. auch HEINEMANN u. a., Covid-19 (s. Anm. 3), 30.
- 5 So auch der DEUTSCHE ETHIKRAT, *Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise. Ad-hoc-Empfehlung vom 27.3.2020*, 3.
- 6 HEINEMANN u. a., Covid-19 (s. Anm. 3), 29. Zum gleichen Ergebnis kommt Stephan AST, *Quieta non movere? Ärztliche Auswahlkriterien sowie der Behandlungsabbruch im Fall einer Pflichtenkollision aus strafrechtlicher Sicht*, in: Zeitschrift für internationale Strafrechtsdogmatik 6 (2020) 271. Es liege hier keine Pflichtenkollision vor.
- 7 Christiane WOOPEN plädiert für den Vorrang der Retter, in: *Wenn die Ressourcen knapp werden, stellen sich existentielle Fragen*, Interview mit Spiegel-online vom 19.3.2020.
- 8 Udo DI FABIO, *An den Grenzen der Verfassung*, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 6.4.2020, S. 7; Josef ISENSEE, *Virokratie*, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 4.6.2020, S. 7; Jürgen HABERMAS – Klaus GÜNTHER, *Lebensschutz oder Freiheit*, in: Die Zeit vom 7. Mai 2020, S. 43f.; zu den gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie sowie zur Rückkehr zur gesellschaftlichen Normalität vgl. die drei Ad-hoc-Stellungnahmen der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina vom 21.3., 3. und 13.4.2020.
- 9 DEUTSCHER ETHIKRAT, *Solidarität* (s. Anm. 5), 2. Ähnlich argumentiert das Papier der DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ, *Triage. Medizinische Allokationsprobleme angesichts der Covid-19-Pandemie in ethischer Beurteilung* vom 8.4.2020, Ziffer 6; vgl. auch Katja GELINSKY, *Was regeln in einem Triage-Gesetz? Zur Zuteilung von Überlebenschancen bei unzureichenden medizinischen Ressourcen*, Arbeitspapier der Konrad-Adenauer-Stiftung vom 21.4.2020, 5f und HEINEMANN u. a., Covid-19 (s. Anm. 3), 14.17.35.
- 10 SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN (s. Anm. 4), Ziffer 4.3. Vgl. auch Bettina SCHÖNE-SEIFERT, *Wen soll man leben lassen?*, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 31.3.2020, S. 11.
- 11 Elisa HOVEN, *Die «Triage»-Situation als Herausforderung für die Strafrechtswissenschaft*, in: JuristenZeitung, 75. Jg. (9/2020), 451.
- 12 Bettina SCHÖNE-SEIFERT – Hugo VAN AKEN, *Worauf es jetzt ankommt. Der Tod an einer Lungenentzündung in hohem Alter muss nicht in jedem Fall bekämpft werden*, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 14.4.2020, S. 11.
- 13 *Stellungnahme zu Entscheidungen über die Verteilung notfall- und intensivmedizinischer Ressourcen in der Corona-Krise des Bischofs von Essen, des Rates für Gesundheit und Medizinethik des Bistum Essen und der Katholischen Akademie Die Wolfsburg* vom 6.4.2020, Ziffer 2.
- 14 Bettina SCHÖNE-SEIFERT – Hugo VAN AKEN, *Worauf es jetzt ankommt* (s. Anm. 12).
- 15 <https://compassionandchoices.org/end-of-life-planning/covid-19-toolkit/> ; <https://compassionandchoices.org/wp-content/uploads/COVID-19-Addendum.pdf> (abgerufen am 22.6.2020).

- 16 Nancy VALKO, *The assisted suicide lobby is taking advantage of the pandemic*, in: mercatornet vom 11.6.2020.
- 17 HOVEN, Die «Triage»-Situation (s. Anm. 11), 452.
- 18 Ulrich SCHULER – Axel R. HELLER – Barbara SCHUBERT, *Rückhalt für die Ärzte, Wie weit ist leben und sterben lassen auf der Intensivstation eine Frage des Rechts?* Drei Kliniker skizzieren, wie Katastrophen zu minimieren sind, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 15.4.2020, S. N 2.
- 19 SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN (s. Anm. 4), Ziffer 4.3.
- 20 Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivtherapie, *Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie*, Klinisch-ethische Empfehlungen vom 17.3.2020, Ziffer 6.
- 21 SCHULER u. a., Rückhalt für die Ärzte (s. Anm. 18).
- 22 DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ, Triage (s. Anm. 9), Ziffer 6.
- 23 BVerfGE 115, 118.
- 24 Karsten GAEDE – Michael KUBICIEL – Frank SALIGER – Michael TSAMBIKAKIS, *Rechtmäßiges Handeln in der dilemmatischen Triage-Entscheidungssituation*, in: medstra-statement 3/2020, 135.
- 25 Manfred SPIEKER, *Sterbehilfe? Selbstbestimmung und Selbsthingabe am Lebensende. Eine katholische Perspektive*, in: Thomas Sören HOFFMANN – Marcus KNAUP (Hg.), *Was heißt: In Würde sterben?*, Wiesbaden 2015, 215ff.
- 26 DIVI-Empfehlungen (s. Anm. 3), Ziffer 3.2.2.
- 27 DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ, Triage (s. Anm. 9), Ziffer 7; HEINEMANN u. a., Covid-19 (s. Anm. 3), 32 und 39; Peter SCHALLENBERG, *Freiheit, Recht, «triage» in Zeiten von Corona*, Kirche und Gesellschaft Nr.469, Köln 2020, S. 9f. Allerdings bleibt Schallenberg in der Schwebe, wenn er fortfährt, die Ärzte dürften die lebenserhaltende Maßnahme bei einem Sterbenden abschalten und zugunsten einer zweiten, nicht sterbenden Person wieder einschalten, wenn sie bei dem Sterbenden keine Aussicht auf «längeres» Überleben sehen. Wer will eine Grenze ziehen zwischen einem «längeren» und einem kürzeren Überleben?
- 28 Reinhard MERKEL, *Eine Frage von Recht und Ethik*, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 4.4.2020, S. 11ff. So auch GELINSKY, *Was regeln in einem Triage-Gesetz?* (s. Anm. 9), 9 und Margaret SOMMERVILLE, *Thinking through the ethical challenges of Covid-19*, MercatorNet vom 6.5.2020, <https://mercatornet.com/thinking-through-the-ethical-challenges-of-covid-19/62589/> (abgerufen am 22.6.2020).
- 29 DEUTSCHER ETHIKRAT, Solidarität (s. Anm. 5), 3.
- 30 MERKEL, Eine Frage von Recht und Ethik (s. Anm. 28), S. 13.
- 31 DEUTSCHER ETHIKRAT, Solidarität (s. Anm. 5), 3; DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ, Triage (s. Anm. 9), Ziffer 7; HEINEMANN u. a., Covid-19 (s. Anm. 3), 26; GELINSKY, *Was regeln in einem Triage-Gesetz?* (s. Anm. 9), 7.
- 32 SCHULER u. a., Rückhalt für die Ärzte (s. Anm. 18).
- 33 Elisa HOVEN, *Es ist ein Unterschied, ob ein 90-Jähriger oder eine 19-Jährige stirbt*, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung «Einspruch» vom 31.3.2020; ebenso das medstra-statement 3/2020 der vier Strafrechtler (s. Anm. 24), 134f.
- 34 SCHÖNE-SEIFERT, Wen soll man leben lassen? (s. Anm. 10).
- 35 HOVEN, Die «Triage»-Situation (s. Anm. 11), 453; Ast, *Quia non movere?* (s. Anm. 6), 272. Ast meint, wenn der Arzt die Beatmung beendet und somit die weiterhin erforderliche Beatmung unterlässt, sei dies «tatbestandlich als Unterlassungstat zu bewerten».
- 36 GELINSKY, *Was regeln in einem Triage-Gesetz?* (s. Anm. 9), 8f.
- 37 Robert SPAEMANN, *Glück und Wohlwollen. Versuch über Ethik*, Stuttgart 1989, 164f. Vgl. auch *Katechismus der Katholischen Kirche* von 1993 (im Folgenden KKK), 1753.
- 38 *Stellungnahme zu Entscheidungen über die Verteilung notfall- und intensivmedizinischer Ressourcen in der Corona-Krise* des Bischofs von Essen, des Rates für Gesundheit und Medizinethik des Bistum Essen und der Katholischen Akademie Die Wolfsburg vom 6.4.2020, Ziffer 5. Dem schließt sich aus moraltheologischer Sicht an: Jochen SAUTERMEISTER, *Ultima Ratio. Triage bei Covid-19-Patienten*, in: Herder-Korrespondenz, 74. Jg. (2020), Heft 5, S. 40.
- 39 Manfred KOCK, *Schuld ist nicht immer zu vermeiden*, in: Welt am Sonntag vom 26.9.1999. Zu weiteren evangelischen Stimmen vgl. Manfred SPIEKER, *Kirche und Abtreibung in Deutschland. Ursachen und Verlauf eines Konflikts*, 2. Aufl. Paderborn 2008, 216f.
- 40 KKK 1754.

## Abstract

*Survival Chances and Mortality Risks in the Corona Pandemic: Misguided Triage Ethics.* The corona pandemic has forced us to examine rules for allocating survival chances and mortality risks when ICU beds and ventilators are not sufficient for all patients who need them. In the debate about triage ethics one must distinguish between Ex-ante-Triage and Ex-post-Triage. Ex-ante Triage addresses which of the patients arriving simultaneously in an emergency room should receive an intensive care bed and which one should not. Decisive criteria are the medical criteria of urgency and prognosis. Ex-post-Triage determines whether a patient who has already been connected to a respirator may be removed from the device and given it to a newly admitted patient. The most frequently made mistake in Ex-ante-Triage is discrimination based on the patient's age. Frequent aberrations in Ex-post-Triage are decisions based on the quantification of expected life-spans, as well as an equivalence of Ex-ante- and Ex-post-Triage, which is justified by the equivalence of action and omission, or: the thesis of the inevitability of human culpability.

*Keywords: Corona-Pandemic – Medical ethics – Triage ethics*