

Thomas Heinemann, Ingo Proft
Stephan Sahm, Eberhard Schockenhoff

Covid-19

Ethische Empfehlungen über Beginn und Fortführung einer
intensivmedizinischen Behandlung bei nicht ausreichenden
Behandlungskapazitäten

Thomas Heinemann

Lehrstuhl für Ethik, Theorie und Geschichte der Medizin an der
Philosophisch-Theologische Hochschule, Vallendar.

Ingo Proft

Apl. Professor für Theologische Ethik, Gesellschaft und
Sozialwesen an der Philosophisch-Theologische Hochschule,
Vallendar.

Lehrstuhlverwalter und ständiger Lehrbeauftragter für christliche
Sozialwissenschaft an der Theologischen Fakultät, Trier.

Stephan Sahn

Chefarzt Ketteler Krankenhaus, Offenbach.

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Frankfurt.

Eberhard Schockenhoff

Lehrstuhl Moraltheologie an der Albert-Ludwigs-Universität,
Freiburg.

Vorwort und Lesehilfe

Die vorliegende Stellungnahme *Ethische Empfehlungen über Beginn und Fortführung einer intensivmedizinischen Behandlung bei nicht ausreichender Behandlungskapazität* versteht sich als ethische Orientierungshilfe in Zeiten von durch die Pandemie mit dem Coronavirus Sars-CoV-2 bedingten möglichen Versorgungsengpässen in Teilbereichen des Gesundheitswesens.

Die Autoren wollen mit der nachfolgenden Handreichung insbesondere konfessionellen Trägern von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen und ihren Mitarbeitenden aber auch den Patienten und ihren Angehörigen^[1] eine Orientierung in ethisch schwierigen Entscheidungssituationen bieten. Ziel ist es, zu ethisch begründeten Empfehlungen im Zuge von Entscheidungsfindungen bei nicht ausreichenden intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten zu gelangen.

Die vorliegende Stellungnahme gliedert sich in zwei Teile:

- Teil A fungiert als *Executive Summary* und bildet die Kernaussagen und Empfehlungen der Stellungnahme ab. Teil A ist vor allem für die schnelle entscheidungsfallbezogene Orientierung konzipiert und im Empfehlungsteil (Kapitel 2) ähnlich einer Checkliste aufgebaut.
- Teil B enthält eine Differenzierung unterschiedlicher Entscheidungssituationen in (medizin)ethischer Perspektive sowie Begründungen für relevante ethische Kriterien, die für klinische Entscheidungen herangezogen werden können.

Beide Teile folgen einer linearen Darstellung. Inhaltliche Doppelungen sind daher insoweit nicht zu vermeiden, als die Stellungnahme unterschiedlichen Informationsbedürfnissen, d. h. zum einen einer systematischen und rasch abrufbaren praktischen Handlungsempfehlung (Teil A) und zum anderen einer differenzierten Begründung für ethische Argumente und Kri-

¹ Diese Publikation verwendet zur besseren Lesbarkeit durchgehend die männliche Form.

² Dies betrifft etwa länderspezifische wie auch sparten- oder einrichtungsbezogene Regelungen etwa zur Verlegung von Patienten, zum Umgang mit Versorgungsengpässen, zu Besuchsregelungen etc. Vgl. dazu exemplarisch die Zusammenstellung operativer Handreichungen von Gesundheitseinrichtungen auf der Homepage der Akademie für Ethik in der Medizin: https://www.aem-online.de/index.php?id=90&tx_ttnews-%5Btt_news%5D=211&cHash=62b7b94cd347c31b5eb8d4f4fde4d2b [zuletzt abgerufen am 01.04.2020].

terien (Teil B) gerecht zu werden sucht. In Teil A wird der jeweiligen Entscheidungssituation zudem dadurch Rechnung getragen, dass die Empfehlungen für Entscheidungen über den Beginn sowie für Entscheidungen über die Fortführung intensivmedizinischer Maßnahmen in der Situation nicht ausreichender Behandlungskapazitäten getrennt aufgeführt werden.

Das Inhaltsverzeichnis führt direkt zu den Situationen, in denen aktuell Entscheidungen getroffen werden müssen.

Inhaltsverzeichnis

Teil A

1 Zusammenfassung	6
1.1 Einleitung	6
1.2 Entscheidungssituationen	6
1.3 Fallkonstellationen	7
1.4 Ethische Kriterien	10
2 Empfehlungen	11
2.1 Entscheidung über den Beginn einer intensivmedizinischen Behandlung	11
2.1.1 Allgemeine Voraussetzungen	11
2.1.2 Eignungsdiagnostik für eine intensivmedizinische Behandlung	12
2.1.3 Auswahlentscheidung für eine intensivmedizinische Behandlung	13
2.2 Entscheidung über die Fortführung einer begonnenen intensivmedizinischen Behandlung	15
2.2.1 Allgemeine Voraussetzungen	15
2.2.2 Entscheidungsfindung	16
2.3 Begleitende Maßnahmen	18
2.3.1 Betreuung von Angehörigen	18
2.3.2 Seelsorge	18
2.3.3 Klinische Ethik-Komitees	19
2.3.4 Palliative Betreuung	19
2.3.5 Psychosoziale und seelsorgliche Unterstützung der Behandelnden	19
2.3.6 Organisation eines Kommunikations-Netzwerks von Intensivstationen und Krankenhäusern	20
2.3.7 Vorabklärung von Patientenverfügungen in Altenhilfe-Einrichtungen	21

Teil B

1 Einleitung	22
2 Medizinischer Hintergrund	23
2.1 Das Corona-Virus Sars-CoV-2	23
2.2 Therapie von Covid-19	25
3 Entscheidungssituationen	26
3.1 Entscheidung über den Beginn einer intensivmedizinischen Behandlung	26
3.1.1 Behandlungsentscheidung bei ausreichenden Behandlungskapazitäten	26
3.1.2 Behandlungsentscheidung bei nicht ausreichenden Ressourcen	28
3.1.3 Behandlungsentscheidung bei antizipiertem Mangel an Behandlungskapazitäten	30
3.2 Entscheidung zur Fortführung einer intensivmedizinischen Behandlung	31
3.2.1 Behandlungsentscheidung bei ausreichenden Ressourcen	31
3.2.2 Behandlungsentscheidung bei nicht ausreichenden Ressourcen	32
4 Ethische Orientierungen	32
4.1 Der Gedanke der Würde des Menschen	33
4.2 Die vier Prinzipien der biomedizinischen Ethik als Maßstab für ärztliches Handeln	36
4.3 Das Arzt-Patient-Verhältnis	38

Teil A: Zusammenfassung und Empfehlungen

1 Zusammenfassung

1.1 Einleitung

Die gegenwärtige weltweite pandemische Ausbreitung des Coronavirus Sars-CoV-2 und die hohe Anzahl von Patienten mit schweren Formen der Sars-CoV-2-Infektionserkrankung Covid-19 stellt die Gesundheits- und Sozialeinrichtungen in Deutschland vor große organisatorische und klinische Herausforderungen. Es ist damit zu rechnen, dass die Anzahl der Patienten, die einer Behandlung im Krankenhaus bedürfen, die Kapazität an Krankenhausbetten übersteigen wird. Dieses Problem betrifft insbesondere die Kapazitäten auf den Intensivstationen. Daher ist zu erwarten, dass in den Krankenhäusern ethisch schwierige Entscheidungen über die Auswahl von Patienten getroffen werden müssen, bei denen die Notwendigkeit besteht, eine intensivmedizinische Behandlung zu beginnen und gegebenenfalls über einen längeren Zeitraum fortzusetzen.

Das Vertrauen von Patienten, ihren Angehörigen sowie dem Klinikpersonal in die behandelnden Institutionen wird in dieser Situation in erheblichem Maße davon abhängen, dass solche Entscheidungen anhand ethisch reflektierter Kriterien getroffen werden, begründet erfolgen und transparent gemacht werden. Es ist davon auszugehen, dass hiervon in entscheidendem Maße das Vertrauen von Patienten und Klinikpersonal in die behandelnden Institutionen bei schwierigen Entscheidungssituationen abhängen wird.

1.2 Entscheidungssituationen

Im Zusammenhang mit einer intensivmedizinischen Behandlung stellen sich komplexe Entscheidungssituationen. Grundsätzlich müssen die beiden Entscheidungen voneinander unterschieden werden,

- ob bei einem Patienten eine intensivmedizinische Therapie begonnen werden soll, und
- ob und inwieweit eine begonnene intensivmedizinische Behandlung fortgeführt werden soll.

Beide Fragen stellen sich auch in normativer Hinsicht jeweils unterschiedlich dar. Konkret geht es in beiden Fällen um die Frage, ob quantitativ ausreichende Behandlungskapazitäten zur Verfügung stehen, um alle therapiebedürftigen Patienten zu behandeln, oder ob die Behandlungskapazitäten nicht ausreichen. Entscheidungen über den Beginn einer intensivmedizinischen Behandlung bei nicht ausreichenden Behandlungskapazitäten können zudem in zwei unterschiedlichen Situationen erforderlich werden, zum einen bei der Konkurrenz mehrerer behandlungsbedürftiger Patienten zum gleichen Zeitpunkt und am gleichen Ort um einen Behandlungsplatz und zum anderen bei zum Aufnahmezeitpunkt eines Patienten zwar noch freien, aber absehbar oder unmittelbar bevorstehend nicht mehr ausreichenden Behandlungskapazitäten. Für diese nachstehend aufgeführten fünf Fallkonstellationen ergeben sich folgende Bewertungen:

1.3 Fallkonstellationen

(1) Beginn einer intensivmedizinischen Behandlung bei ausreichenden Behandlungskapazitäten

Der Beginn einer intensivmedizinischen Behandlung steht unter den üblichen Bedingungen für die Legitimierung ärztlichen Handelns, d. h.

- dem Vorliegen einer medizinischen Indikation, die anhand (a) der medizinischen Notwendigkeit für eine intensivmedizinische Behandlung anhand objektiver medizinischer Kriterien und (b) dem uneingeschränkten Individualnutzen der Behandlung für den betreffenden Patienten zu beurteilen ist, sowie
- der Einwilligung des Patienten in Form einer Willensbekundung, die aktuell geäußert oder in Form einer Patientenverfügung erklärt oder zu einem früheren Zeitpunkt von dem Patienten mündlich geäußert wurde, oder der Eruiierung des mutmaßlichen Willens des Patienten, wenn seine Einwilligung in der vorgenannten Form nicht vorliegt.

(2) Beginn einer intensivmedizinischen Behandlung bei aktuell nicht ausreichenden Behandlungskapazitäten

In der Situation nicht ausreichender Behandlungskapazitäten muss eine Auswahl der behandlungsbedürftigen Patienten erfolgen (Prüfung vor Beginn einer Behandlung, ex ante-Prüfung). Die Entscheidungen in dieser Situation umfassen zunächst immer eine Prüfung der grundsätzlichen Eig-

nung des Patienten für eine intensivmedizinische Behandlung, die nach den in (1) aufgeführten Kriterien der medizinischen Indikation und der Einwilligung des Patienten erfolgt. Daran schließt sich die Auswahlentscheidung an, für die eine Entscheidung nach dem Muster der Triage gerechtfertigt ist. Hierfür lassen sich folgende Kriterien formulieren:

- Gesamtziel ist die Minimierung der Anzahl von Todesfällen. Zielparameter der Entscheidung ist die Wahrscheinlichkeit, dass der zu behandelnde Patient *aufgrund* der aktuell anwendbaren intensivmedizinischen Maßnahmen überlebt. Überleben wird dabei verstanden als ein mittel- bis langfristiges Weiterleben, das nicht auf fortlaufende intensivmedizinische Maßnahmen angewiesen ist.
- Die Ressource der Intensivstation steht im Prinzip für alle Patienten mit intensivmedizinischem Behandlungsbedarf zur Verfügung. Demnach muss die Entscheidung alle Patienten einschließen, bei denen eine intensivmedizinische Behandlung als notwendig festgestellt wird und die in eine intensivmedizinische Behandlung einwilligen (Non-Covid-19- und Covid-19-Patienten). Eine Entscheidung, die ausschließlich Covid-19-Erkrankte berücksichtigt oder ausschließt, ist nicht zu rechtfertigen.
- Es muss fortlaufend anhand der Kriterien der medizinischen Indikation und des Patientenwillens geprüft werden, welche Non-Covid-19-Patienten und Covid-19-Patienten in die Entscheidung über den Beginn einer intensivmedizinischen Behandlung einbezogen werden müssen. Auch Patienten, die in vorhergehenden Entscheidungen aufgrund ihres zu diesem Zeitpunkt prognostisch noch vergleichsweise günstigen klinischen Zustandes nicht berücksichtigt wurden, müssen fortlaufend diesbezüglich überprüft werden.

(3) Entscheidung bei noch freien, aber absehbar oder unmittelbar bevorstehend nicht ausreichenden Kapazitäten

Die Entscheidung über eine intensivmedizinische Behandlung in Antizipation nicht ausreichender Behandlungskapazitäten trifft auf mehrere Schwierigkeiten. So sehen die Regeln einer Entscheidung nach dem Muster der Triage eine Auswahlentscheidung in Bezug auf die aktuell zum gleichen Zeitpunkt vor Ort anwesenden und vergleichend zu beurteilenden konkreten behandlungsbedürftigen Patienten vor und sind für die Situation

einer den Mangel an Behandlungskapazitäten bloß antizipierenden Entscheidung nicht allgemein akzeptiert. Zudem liegt die Annahme einer unterlassenen Hilfeleistung nahe, wenn der Arzt dem therapiebedürftigen Patienten eine freie Behandlungskapazität vorenthält. Gleichwohl kann es unter dem Aspekt der Gerechtigkeit plausibel erscheinen, das oftmals dem Zufall geschuldete Kriterium des bloß früheren Eintreffens eines Patienten im Krankenhaus vor anderen Patienten, deren Überlebenschance durch eine intensivmedizinische Behandlung als deutlich größer einzuschätzen wäre, nicht zum alleinigen Kriterium der Entscheidung zu machen. In Abwägung dieser Argumente erscheint das Freihalten von Behandlungskapazitäten für antizipierte Patienten grundsätzlich als nicht gerechtfertigt.

(4) Fortführung einer intensivmedizinischen Behandlung bei ausreichenden Behandlungskapazitäten

Die Entscheidung über eine Fortführung einer begonnenen intensivmedizinischen Behandlung (Entscheidung *nach* Beginn der Behandlung, *ex post*-Prüfung) orientiert sich ausschließlich an der Frage, ob für die notwendigen Behandlungsmaßnahmen eine Einwilligung des Patienten vorliegt und ob die Fortführung der Behandlung weiterhin medizinisch indiziert ist. Bei Entscheidungen über eine mögliche Therapiezieländerung können u.U. etablierte Bewertungs-Scores als Hilfsmittel herangezogen werden. Diese dürfen jedoch nicht die ärztliche Beurteilung ersetzen.

(5) Fortführung einer intensivmedizinischen Behandlung bei nicht ausreichenden Behandlungskapazitäten

Die Entscheidung über die Fortführung der Behandlung bei einem Patienten kann nicht durch die Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Behandlung anderer Patienten bestimmt werden, die wegen nicht ausreichender Behandlungskapazitäten erst nach Beendigung der Therapie des ersten Patienten behandelt werden können. Entscheidendes Kriterium ist die medizinische Indikation zur Fortführung der Behandlung. Eine Posteriorisierung eines Patienten nach begonnenen intensivmedizinischen Maßnahmen zugunsten eines anderen Patienten mit deutlich höherer Überlebenschance (ex post-Prüfung) muss grundsätzlich vermieden werden (vgl. (3)).

1.4 Ethische Kriterien

Ethische Kriterien für die klinische Entscheidung richten sich darauf, die Menschenwürde der Patienten und der Behandelnden zu achten und Willkür sowie eine Diskriminierung (etwa in Bezug auf Alter, Geschlecht, Sozialstatus, Ethnizität etc.) und Instrumentalisierung von Menschen zu vermeiden, ferner die normativen Vorgaben der vier Prinzipien der biomedizinischen Ethik als Matrix für eine praktische Umsetzung des Würdegedankens zu beachten sowie die Grundlagen des Arzt-Patient-Verhältnisses zu berücksichtigen.

Aus dem Gedanken der Würde des Menschen ist für die Entscheidung über eine intensivmedizinische Behandlung von Patienten bei ausreichenden und nicht ausreichenden Behandlungskapazitäten zu folgern, dass sich Entscheidungen nicht an Kriterien orientieren dürfen, die mit Werturteilen über die Person des Patienten verbunden sind. Zu rechtfertigen ist indes eine Auswahl von Patienten anhand medizinischer Kriterien, mit denen die Überlebenschancen eingeschätzt werden kann. Diese Kriterien beziehen sich ausschließlich auf die eingetretene Erkrankung und treffen keine Werturteile über die Person des Patienten, sondern bewerten seine Behandlungschancen.

Die vier Prinzipien der *Selbstbestimmung*, der *Fürsorge*, des *Nichtschadens* und der *Gerechtigkeit* können unter dem Gedanken der Würde des Menschen als ethische Matrix für die klinische Entscheidung herangezogen werden und besitzen auch für Entscheidungen in der Situation nicht ausreichender Ressourcen Gültigkeit. Eine Entscheidung nach dem Muster der Triage nimmt, im Unterschied zu anderen Auswahlkriterien wie einem Losverfahren oder einer Priorisierung von Patienten nach willkürverdächtigen Kriterien (z.B. ihrem Wert für die Gesellschaft) die Prinzipien der Fürsorge und des Nichtschadens für alle betroffenen Patienten primär in den Blick und versucht, in Bezug auf diese Prinzipien einen möglichst schonenden Ausgleich zu schaffen. Korrespondierend hierzu fordert das Prinzip der Gerechtigkeit eine statusindifferente Gleichbehandlung von Patienten (engl.: equality) sowie einen fairen und jeweils individuell patientenorientierten Einsatz von Ressourcen (engl.: equity).

Das Arzt-Patient-Verhältnis als geschützter Raum des Vertrauensverhältnisses

nisses zwischen Arzt und Patient etabliert eine Garantenpflicht des Arztes gegenüber seinem Patienten. Um diesem Vertrauen gerecht zu werden wird der Arzt sich in seiner Entscheidung über die Zuteilung nicht ausreichender Behandlungsmöglichkeiten an individuelle Patienten von den genannten ethischen Kriterien leiten lassen, die er nach bestem Wissen und Gewissen anzuwenden hat. Angesichts einer absoluten Notsituation erweitert sich allerdings der Ermessensspielraum.

2 Empfehlungen

Auf der Grundlage der oben ausgeführten Argumente kommen die Autoren zu den nachfolgend aufgeführten Empfehlungen für die Aufnahme sowie Fortführung und gegebenenfalls Beendigung einer intensivmedizinischen Therapie bei Patienten in einer Situation nicht ausreichender intensiv-medizinischer Ressourcen, wie sie im Zusammenhang mit der epidemi-schen Ausbreitung des Sars-CoV-2-Virus und der Covid-19-Erkrankung in Deutschland zu erwarten ist. Die Empfehlungen teilen sich in Entscheidungen über den *Beginn* einer intensivmedizinischen Behandlung (Kapitel 2.1) und Entscheidungen über die *Fortführung* einer intensivmedizinischen Behandlung (Kapitel 2.2). Die Empfehlungen sind in einer Reihenfolge dargestellt, die eine Prüfung in Form einer Checkliste erlaubt, und können für Entscheidungen in der Praxis in dieser Weise verwendet werden.

2.1 Entscheidung über den Beginn einer intensivmedizinischen Behandlung

2.1.1 Allgemeine Voraussetzungen

- Es werden alle vorhandenen Patienten (Non-Covid-19-Patienten und Covid-19-Patienten, die zur gleichen Zeit vor Ort im Krankenhaus sind) gleichermaßen in die Entscheidung über die Aufnahme auf die Intensivstation einbezogen.
- Es muss sichergestellt werden, dass für einen Patienten, der nicht auf der Intensivstation behandelt wird, auf einer Allgemeinstation eine stationäre (kurative oder palliative) Behandlung zur Verfügung gestellt werden kann.
- Es sollte sorgfältig darauf geachtet werden, dass in der Kommunikation mit Patienten und Angehörigen keine offensichtliche oder subtile Beeinflussung von älteren oder vorerkrankten Patienten stattfindet in dem Sinne, auf lebenserhaltende Maßnahmen zu ver-

zichten.

- Die Entscheidungen über eine Nichtzuweisung eines Patienten auf die Intensivstation aufgrund nicht ausreichender medizinischer Behandlungskapazitäten und wegen eines nicht akut lebensbedrohlichen klinischen Zustands müssen engmaschig überprüft werden. Alle Patienten, die auf der Allgemeinstation behandelt werden und durch Progredienz ihrer jeweiligen Erkrankung in eine intensivbedürftige Behandlungssituation geraten, müssen erneut in eine Evaluation einbezogen werden.
- Mit allen Patienten bzw. deren Vorsorge-/Betreuungsbevollmächtigten sollte gegebenenfalls wenn irgend möglich ihre Patientenverfügung auf die Frage überprüft werden, ob Bestimmungen, die möglicherweise für eine intensivmedizinische Behandlung getroffen wurden, auch in der Situation einer Covid-19-Erkrankung gelten sollen.
- Entscheidungen über die Aufnahme von Patienten auf die Intensivstation sollten möglichst mit den Pflegenden auf der Intensivstation abgestimmt werden.
- Alle Entscheidungsschritte sollten begründet erfolgen und transparent gemacht werden.
- Alle Entscheidungsschritte und ihre Begründungen sollten dokumentiert werden.

2.1.2 Eignungsdiagnostik für eine intensivmedizinische Behandlung

(1) Prüfung der medizinischen Indikation

- Die Prüfung der medizinischen Indikation umfasst die Fragen, ob bei dem Patienten die klinische Notwendigkeit für eine intensivmedizinische Behandlung vorliegt und ob intensivmedizinische Maßnahmen bei ihm medizinisch sinnvoll durchgeführt werden können.

(2) Einwilligung

- Wenn die Ergebnisse der klinischen Untersuchung bei einem Patienten die Notwendigkeit für eine intensivmedizinische Behandlung erkennen lassen, muss mit dem Patienten besprochen wer-

den, ob er in eine intensivmedizinische Behandlung einwilligt. Wenn der Patient im Gespräch den Umfang einer intensivmedizinischen Therapie einschränkt und diese Einschränkung nach aktueller ärztlicher Beratung nicht revidiert, erfolgt die weitere Behandlung auf der Allgemeinstation.

- Wenn der Patient nicht einwilligungsfähig ist und in seiner die aktuelle Situation erfassenden Patientenverfügung eine intensivmedizinische Behandlung ausgeschlossen hat und kurzfristig keine Möglichkeit einer näheren Evaluierung der in der Patientenverfügung festgelegten Bestimmungen mit dem Bevollmächtigten oder dem Betreuer des Patienten besteht, erfolgt seine weitere Behandlung auf der Allgemeinstation.

2.1.3 Auswahlentscheidung für eine intensivmedizinische Behandlung

(1) Entscheidungspersonen

- Die Entscheidung über den Beginn einer intensivmedizinischen Behandlung bei einem Patienten trifft der behandelnde Arzt.
- Die Entscheidung des behandelnden Arztes sollte wenn möglich auf der Grundlage einer Beurteilung nach dem Mehr-Augen-Prinzip erfolgen. Hierbei sollten neben mindestens einem weiteren Arzt gegebenenfalls auch Pflegende des Patienten einbezogen werden.

(2) Auswahl zwischen mehreren Patienten mit akuter Notwendigkeit für eine intensivmedizinische Behandlung

- Eine Auswahl der Patienten sollte sich an dem Zielparameter der Überlebenswahrscheinlichkeit *aufgrund* der aktuell anwendbaren intensivmedizinischen Maßnahmen orientieren. Überleben wird dabei verstanden als ein mittel- bis langfristiges Weiterleben, das nicht auf fortlaufende intensivmedizinische Maßnahmen angewiesen ist.
- Eine Entscheidung sollte sich ausschließlich an medizinischen Kriterien orientieren und sich ausschließlich auf die Beurteilung der Notwendigkeit und der Erfolgsaussichten einer intensivme-

dizinischen Behandlung bei dem betreffenden Patienten (medizinische Indikation) stützen.

- Eine Entscheidung aufgrund einer Abwägung von Wertentscheidungen in Bezug auf Kriterien wie Alter als solches, Geschlecht, Herkunft, Wohnort, Nationalität, religiöse Zugehörigkeit, soziale Stellung und Funktion, Versicherungsstatus, Fähigkeiten, chronische Behinderung oder öffentliches Ansehen der Patienten ist ethisch nicht zu rechtfertigen und muss sorgfältig vermieden werden.
- Das Alter des Patienten darf als solches nicht zum Entscheidungskriterium für den Beginn einer intensivmedizinischen Behandlung gemacht werden. Jedoch kann das Alter des Patienten als indizielles Kriterium bei der Entscheidung Beachtung finden, insofern es zu einer Prüfung altersabhängiger und alterstypischer Funktionseinschränkungen von Organen bei dem zu beurteilenden individuellen Patienten Anlass geben kann, deren Ergebnisse für eine intensivmedizinische Behandlung prognostische Bedeutung besitzen können.
- Bei der Entscheidung können u.a. prognostisch relevante Scores (z.B. Sepsis-related organ failure assessment (SOFA) - Score) als Hilfsmittel herangezogen werden. Die Beurteilung nach Scores oder deren starre Anwendung darf jedoch die individuelle ärztliche Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten nicht ersetzen und nicht zur alleinigen Begründung von Entscheidungen herangezogen werden.
- Beeinflussungen der ärztlichen Entscheidung durch kaufmännische, administrative oder politische Stellen oder Gremien müssen strikt ausgeschlossen werden und gegebenenfalls entsprechende Versuche einer Einflussnahme unverzüglich transparent gemacht werden.
- Ein Freihalten von Betten auf der Intensivstation in bloßer Antizipation möglicher Patienten, deren Überlebenschancen durch eine intensivmedizinische Behandlung deutlich größer als die Überlebenschancen von aktuell vor Ort befind-

lichen behandlungsbedürftigen und behandlungsfähigen Patienten einzuschätzen wäre, ist grundsätzlich nicht zu rechtfertigen.

2.2 Entscheidung über die Fortführung einer begonnenen intensivmedizinischen Behandlung

2.2.1 Allgemeine Voraussetzungen

- Es muss sichergestellt werden, dass für einen Patienten, der nicht weiter auf der Intensivstation behandelt wird, weil er sich entweder im Genesungsprozess befindet oder bei ihm eine Therapiezieländerung hin zu einer palliativen Behandlung erfolgte, auf einer Allgemeinstation eine jeweils angemessene stationäre Behandlung zur Verfügung gestellt werden kann.
- Die Entscheidungen über eine Fortführung der intensivmedizinischen Maßnahmen bei einem Patienten müssen fortlaufend überprüft werden. Kriterium für die Prüfung ist die medizinische Indikation für eine Fortführung der Behandlungsmaßnahmen. Alle Patienten, die auf der Intensivstation behandelt werden, müssen dieser Evaluation unterzogen werden.
- Auf besonders ressourcenintensive Behandlungsmaßnahmen wie eine extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO) sollte nur nach sorgfältiger Abwägung im Hinblick auf die erforderlichen personellen Ressourcen zurückgegriffen werden.
- Entscheidungen über den Verzicht bestimmter Behandlungsmaßnahmen bei einem Patienten (z.B. Reanimation) sollten dem Behandlungsteam kommuniziert und begründet sowie in der Krankengeschichte dokumentiert werden.
- Entscheidungen über die Fortführung oder den Abbruch der intensivmedizinischen Maßnahmen sollten möglichst mit den Pflegenden auf der Intensivstation abgestimmt werden.
- Alle Entscheidungsschritte sollten begründet erfolgen und transparent gemacht werden.

- Alle Entscheidungsschritte und ihre Begründungen sollten dokumentiert werden.

2.2.2 Entscheidungsfindung

(1) Sicherung der Behandlungsmöglichkeit für behandelte Patienten

- Eine begonnene intensivmedizinische Behandlung bei einem Patienten darf nicht zugunsten anderer Patienten, deren Überlebenschancen als größer eingeschätzt werden, die ebenfalls einer intensivmedizinischen Therapie bedürfen und um den Behandlungsplatz konkurrieren, abgebrochen oder substantiell oder verlaufsbestimmend eingeschränkt werden. Eine Posteriorisierung *eines Patienten* muss nach Beginn der intensivmedizinischen Therapie vermieden werden.
- Ein Abbruch von intensivmedizinischen Behandlungsmaßnahmen bei einem Patienten bloß in Erwartung möglicher Patienten mit höherer Überlebenschancen ist nicht zu rechtfertigen.

(2) Entscheidungspersonen

- Die Entscheidung über die Fortführung oder den Abbruch einer intensivmedizinischen Behandlung trifft der behandelnde Arzt.
- Die Entscheidung des behandelnden Arztes sollte wenn möglich auf der Grundlage einer Beurteilung nach dem Mehr-Augen-Prinzip erfolgen. Hierbei sollten neben mindestens einem weiteren Arzt auch Pflegenden des Patienten einbezogen werden.
- Der behandelnde Arzt sollte im Zweifelsfall vor einer Entscheidung eine zweite Meinung von einem nicht in die Behandlung des Patienten involvierten (Fach-)Arzt einholen.

(3) Entscheidungskriterien

- Die Entscheidung sollte sich an dem Zielparameter der Überlebenschancen *aufgrund* der aktuell anwendbaren intensivmedizinischen Maßnahmen orientieren. Überleben wird dabei verstanden als ein mittel- bis langfristiges Weiterleben, das nicht auf fortlaufende intensivmedizinische Maßnahmen angewiesen ist.
- Eine Entscheidung sollte sich ausschließlich an medizinischen

Kriterien orientieren und sich ausschließlich auf die Beurteilung der Notwendigkeit und der Erfolgsaussichten der intensivmedizinischen Behandlung bei dem betreffenden Patienten (medizinische Indikation) stützen.

- Eine Entscheidung aufgrund einer Abwägung von Wertentscheidungen in Bezug auf Kriterien wie Alter als solches, Geschlecht, Herkunft, Wohnort, Nationalität, religiöse Zugehörigkeit, soziale Stellung und Funktion, Versicherungsstatus, Fähigkeiten, chronische Behinderung oder öffentliches Ansehen der Patienten ist ethisch nicht zu rechtfertigen und muss sorgfältig vermieden werden.
- Das Alter des Patienten darf als solches nicht zum Entscheidungskriterium für die Fortführung einer intensivmedizinischen Behandlung gemacht werden. Jedoch kann das Alter des Patienten als indizielles Kriterium bei der Entscheidung Beachtung finden, wenn bei dem zu beurteilenden Patienten diagnostizierte altersabhängige und alterstypische Funktionseinschränkungen von Organen Prognosen über den klinischen Verlauf unter intensivmedizinischen Maßnahmen erlauben.
- Bei der Entscheidung können u.a. prognostisch relevante Scores (z.B. Sepsis-related organ failure assessment (SOFA) - Score) als Hilfsmittel herangezogen werden. Die Beurteilung nach Scores oder deren starre Anwendung darf jedoch die individuelle ärztliche Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten nicht ersetzen und nicht zur alleinigen Begründung von Entscheidungen herangezogen werden.
- Für jeden Patienten sollte die Überlebenswahrscheinlichkeit aufgrund der aktuell anwendbaren intensivmedizinischen Maßnahmen individuell definiert werden. Eine Festlegung von für alle Patienten gleichermaßen geltenden und allgemein angewendeten starren Beobachtungszeiträumen für die Beurteilung des Erfolgs einer begonnenen intensivmedizinischen Behandlung müssen vermieden werden. Durchgeführte Therapien müssen immer an die individuelle Situation des Patienten angepasst werden.
- Beeinflussungen der ärztlichen Entscheidung durch kaufmännische, administrative oder politische Stellen oder Gremien müssen strikt ausgeschlossen werden und gegebenenfalls entspre-

chende Versuche einer Einflussnahme unverzüglich transparent gemacht werden.

2.3 Begleitende Maßnahmen

2.3.1 Betreuung von Angehörigen

- Einer adäquaten Kommunikation mit den Angehörigen von Patienten kommt große Bedeutung für einen geordneten Betriebsablauf auf der Intensivstation, für den berechtigten Anspruch von Angehörigen auf Information über den Zustand der ihnen zugehörigen Patienten sowie für eine zielführende Arbeit der Pflegenden zu. Wenn möglich sollte eine zentrale Anlaufstelle für die Information von Angehörigen der Patienten eingerichtet werden. Hierdurch können ständig wechselnde Gesprächspartner, divergierende Informationen und erheblicher Unmut auf Seiten der Angehörigen und Pflegenden vermieden werden. Die datenschutzrechtlichen Fragen sind zu klären.
- Für Angehörige sollte die Möglichkeit einer seelsorglichen Betreuung vorgehalten werden.
- Wenn möglich sollte es Angehörigen gestattet werden, sterbende Zugehörige unter geeigneten Schutzmaßnahmen zu begleiten. Mögliche haftungsrechtliche Fragen in Zusammenhang mit einer Infektion der Angehörigen mit Sars-CoV-2 in der Einrichtung sind zu prüfen.
- Angehörige sollten sich von verstorbenen zugehörigen Patienten unter geeigneten Schutzmaßnahmen verabschieden können.

2.3.2 Seelsorge

- Es ist damit zu rechnen, dass in der Situation einer hohen Anzahl behandlungsbedürftiger Patienten und nicht ausreichender intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten notwendige Therapien nicht durchgeführt werden können und sich die gesundheitliche Situation bei den betroffenen Patienten in diesem Fall weiter verschlechtert oder die Patienten versterben, oder dass Patienten unter intensivmedizinischer Behandlung oder nach deren Abbruch versterben. Die Seelsorger sollten über die Gesamtsituation in der Einrichtung sowie über solche Patienten, deren Angehörige ein Gespräch suchen, von den Ärzten fortlaufend unterrichtet werden.

- Die Seelsorger sollten mit der notwendigen Schutzausrüstung ausgestattet und in die korrekte Verwendung und Entsorgung derselben sowie in die notwendigen Hygienemaßnahmen eingewiesen werden.

2.3.3 Klinische Ethik-Komitees

- Die institutionalisierten Gremien der klinischen Ethikberatung (Klinische Ethik-Komitees, Ethikbeauftragte) sollten im Bedarfsfall frühzeitig in einen Behandlungsprozess einbezogen werden. Die Ethik-Gremien haben keine Entscheidungskompetenz, können jedoch beratend klinische Entscheidungen auf ihre ethische Konsistenz hin prüfen.
- Das Ethik-Gremium sollte für alle Berufsgruppen kontaktierbar sein.
- Die ständige Erreichbarkeit des Ethik-Gremiums sollte gewährleistet sein.

2.3.4 Palliative Betreuung

- Einrichtungen, die eine intensivmedizinische Behandlung bei Patienten durchführen, müssen die Möglichkeit einer qualifizierten palliativen Betreuung von solchen Patienten vorhalten, die eine intensivmedizinische Behandlung von vornherein nicht erhalten können oder bei denen eine intensivmedizinische Behandlung nicht fortgeführt werden kann. Eine palliative Betreuung sollte gegebenenfalls in Kooperation mit anderen Krankenhäusern organisiert werden.
- Bei Patienten mit starker Atemnot, die palliativ betreut werden, sollte als ultima ratio eine palliative Sedierung erwogen werden.

2.3.5 Psychosoziale und seelsorgliche Unterstützung der Behandelnden

- Die anstehenden Entscheidungen über die Aufnahme und Fortführung von intensivmedizinischen Maßnahmen bei Patienten in der Situation zu geringer Behandlungskapazitäten stellt für die behandelnden Ärzte und Pflegenden eine immense psychische Herausforderung dar. Überdies versterben Patienten, die maschinell beatmet werden und bei denen die intensivmedizinische Behandlung abgebrochen wird, innerhalb weniger Minuten nach Beendigung der Beatmung noch auf der Intensivstation in der Betreuung der Ärzte

und Pflegenden. Insbesondere diese Berufsgruppen stehen in der Gefahr, zum *second victim* der Coronavirus-Epidemie zu werden. Um sich entwickelnde psychische und andere gesundheitliche Probleme, etwa ein Burnout-Syndrom oder eine Depression, frühzeitig zu erkennen und die Belastungen wenigstens im Ansatz auffangen zu können, sollten die Krankenhäuser die Möglichkeit einer psychologischen Betreuung einrichten und den Behandelnden auf einer regelmäßigen Basis anbieten.

- Für die Berufsgruppen der Pflegenden und Ärzte sollte das Angebot eines kurzfristig wahrnehmbaren seelsorglichen Gesprächs vorgehalten werden.
- Sofern sich der erwartete Massenanstieg von Patienten mit Covid-19 bestätigt, besteht die Gefahr, dass die anfallende Arbeit kaum oder nicht mehr zu bewältigen ist und Ärzte und Pflegende das Gefühl und die Einsicht für die Notwendigkeit von Ruhephasen verlieren. Die Einrichtungen sollten daher von vornherein darauf achten, dass ein geregelter Schichtbetrieb für Ärzte und Pflegende etabliert und eingehalten wird, der die Beteiligten physisch und psychisch nicht überfordert. Gegebenenfalls müssen Behandlungskapazitäten reduziert werden.
- Wenn möglich sollten Zeiten und Ressourcen für tägliche Nachbesprechungen im Behandlungsteam als eine Möglichkeit für eine gegenseitige Stützung und Stressbewältigung sichergestellt werden.
- Ärzte und Pflegende, die ein erhöhtes gesundheitliches Risiko aufweisen, sollten wenn möglich nicht in der Betreuung von Covid-19-Patienten eingesetzt werden.

2.3.6 Organisation eines Kommunikations-Netzwerks von Intensivstationen und Krankenhäusern

- Um bei Engpässen mögliche freie Behandlungskapazitäten auf Intensivstationen in der Region nutzen zu können, sollte – sofern noch nicht vorhanden – ein Kommunikationsnetzwerk der Intensivstationen von Krankenhäusern in der Region eingerichtet werden, über das fortlaufend Informationen über den Belegungsstand der Intensivstationen einschließlich der Beatmungsplätze eingestellt und abgerufen werden können.

- Zwischen den Krankenhäusern der Region sollte ein Netzwerk eingerichtet werden, über das der Bedarf an notwendigen Materialien wie z.B. Schutzkleidung annonciert werden kann und diese gegebenenfalls zwischen den Einrichtungen ausgetauscht werden können.
- Darüber hinaus sollte eine Plattform errichtet werden, mit deren Hilfe klinische Erfahrungen bei der Behandlung mit Covid-19-Patienten zwischen den Krankenhäusern ausgetauscht werden können, um diese Erfahrungen allen Patienten zu Gute kommen lassen zu können.

2.3.7 Vorabklärung von Patientenverfügungen in Altenhilfe-Einrichtungen

In den Altenhilfe-Einrichtungen sollten die gegebenenfalls bestehenden Patientenverfügungen auf Bestimmungen durchgesehen werden, die eine intensivmedizinische Behandlung und/oder eine maschinelle Beatmung ausschließen oder einschränken. In diesem Fall sollte die Geltung dieser Bestimmung mit den Bewohnern und/oder ihren Bevollmächtigten oder Betreuern für die Situation einer Covid-19-Erkrankung besprochen werden.

Teil B: Situationen und Begründungen der Entscheidung

1 Einleitung

Die gegenwärtige weltweite pandemische Ausbreitung des Coronavirus Sars-CoV-2 stellt die Gesundheits- und Sozialeinrichtungen in Deutschland vor große organisatorische und klinische Herausforderungen. Es ist damit zu rechnen, dass die Anzahl der Patienten, die einer Behandlung im Krankenhaus bedürfen, die Kapazität an Krankenhausbetten übersteigen wird. Dieses Problem betrifft insbesondere die Kapazitäten auf den Intensivstationen. In dieser Situation besteht angesichts möglicher schwerer und lebensgefährlicher Verläufe einer Infektion mit SARS-CoV-2, die mit Lungenentzündungen einhergehen können und eine maschinelle Beatmung der Patienten erforderlich machen, eine besondere Herausforderung bezüglich der Frage, welche Patienten auf Intensivstationen aufgenommen, welche Patienten maschinell beatmet werden sollen und unter welchen Umständen die intensivmedizinische Behandlung fortgeführt werden soll bzw. kann.

Die Festlegung von Kriterien für die Verteilung von beschränkten Ressourcen im Gesundheitssystem an eine Vielzahl bedürftiger Patienten stellt ein in der Medizin und Medizinethik kontrovers diskutiertes Problem dar. Eine Lösung ist insbesondere dann dringlich, wenn die Verteilung der Ressourcen mit einer Entscheidung über Leben und Sterben von Patienten verbunden ist. Verschiedene Lösungsvorschläge wurden erarbeitet, die von philosophischen Systemansätzen wie utilitaristischen (Abwägung von Nutzen) oder deontologischen (Abwägung von Pflichten) Handlungsbegründungen bis hin zu medizinisch begründeten Verfahrensweisen wie die Erstellung von Bewertungslisten (»Scores«, »Scales«) reichen. Anhand solcher Schemata kann eine Einschätzung der Schwere der Erkrankung von Patienten oder die Wahrscheinlichkeit ihres Überlebens formalisiert und zur Grundlage einer Entscheidung über die Ressourcenzuweisung gemacht werden. Eine einheitliche Verfahrensweise konnte indes bisher weder auf internationaler, europäischer noch auf nationaler Ebene etabliert werden. Insofern bestehen gegenwärtig keine einheitlichen und allgemein akzeptierten Entscheidungsregeln hinsichtlich der Aufnahme von Patienten auf Intensivstationen und der Fortführung von intensivmedizinischen Maßnahmen in der Situation eines Massenansturms von Patienten und eines dadurch begründete-

ten Missverhältnisses zwischen der Anzahl der zu versorgenden Patienten und der zur Verfügung stehenden Kapazitäten auf den Intensivstationen.

Mit der vorliegenden Stellungnahme hat sich eine interdisziplinär arbeitende Gruppe medizin- und pflegeethischer Autoren der Frage nach Entscheidungsregeln bezüglich der intensivmedizinischen Behandlung von Patienten in einer Situation nicht ausreichender Behandlungskapazitäten in der Intensivmedizin, wie sie in der gegenwärtigen Zeit einer Epidemie mit dem Coronavirus Sars-CoV-2 zu erwarten ist, angenommen und Empfehlungen formuliert. Ziele dieser Empfehlungen sind u.a., durch ethisch reflektierte Entscheidungskriterien und Verfahrensweisen transparente und möglichst einheitliche Entscheidungen in Einrichtungen sozial-karitativer Träger im Gesundheitswesen zu erreichen. Es ist davon auszugehen, dass hiervon in entscheidendem Maße das Vertrauen von Patienten und Klinikpersonal in die behandelnden Institutionen bei schwierigen Entscheidungssituationen abhängen wird.

2 Medizinischer Hintergrund

2.1 Das Corona-Virus Sars-CoV-2

Coronaviren wurden erstmals in der Mitte der 1960er Jahre identifiziert. Unter dem Elektronenmikroskop weisen sie ein kranzförmiges Aussehen mit zackenförmigen Ausläufern auf, das dem einer Krone ähnelt und ihre Namensgebung begründet (lat.: corona, der Kranz, die Krone). Das neuartige, im Dezember 2019 erstmals entdeckte Coronavirus wurde zunächst als 2019-nCoV bezeichnet. Da es eng verwandt ist mit dem bekannten Sars-Coronavirus, an dem in den Jahren 2002 und 2003 zahlreiche Menschen in asiatischen Ländern verstarben, trägt es nun offiziell den Namen Sars-CoV-2. Die Abkürzung Sars steht für *severe acute respiratory syndrome*, (deutsch: schweres akutes Atemwegssyndrom) und verweist auf die hauptsächliche klinische Symptomatik einer Lungenentzündung, die durch das Virus hervorgerufen wird. Die Weltgesundheits-Organisation (WHO) hat die neue Erkrankung als »Corona Virus Disease« und mit der Jahreszahl ihres Auftretens (2019) bezeichnet. Dementsprechend wird die durch Sars-CoV-19 verursachte Erkrankung mit dem Kürzel Covid-19 bezeichnet.

Sars-CoV-2 wurde nach aktuellem Erkenntnisstand (04/2020) erstmals Ende 2019 in der Millionenstadt Wuhan in der Provinz Hubei in

China auf einem Markt von Wildtieren auf den Menschen übertragen und führte von dort durch weitere Übertragung von Mensch zu Mensch zu einer weltweiten Pandemie. Der Übertragungsweg von Sars-CoV-2 verläuft, wie bei Co-ronaviren üblich, offenbar hauptsächlich durch Tröpfchen- und Schmierinfektion. Eine Übertragung von Sars-CoV-2 von (noch) asymptomatischen infizierten Personen ist möglich und macht Quarantänemaßnahmen nach Diagnose einer Infektion bei Menschen mit noch fehlenden Symptomen erforderlich. Derzeit gehen die WHO und das Robert-Koch-Institut (RKI) von einer Inkubationszeit (Zeit zwischen Infektion mit Sars-CoV-2 und dem Auftreten erster Symptome) für Sars-CoV-2 von bis zu 14 Tagen aus.

Eine Infektion mit verschiedenen Vertretern der Coronaviren gehen meist mit Symptomen einer milden Erkältung mit Husten und Schnupfen einher. Bestimmte Coronaviren wie Sars oder Mers (der Erreger des *middle east respiratory syndrome*) können jedoch schwere Infektionen der unteren Atemwege und Lungenentzündungen verursachen. Sars-CoV-2 verursacht ein großes Spektrum von Symptomen, das von Fieber, Abgeschlagenheit und Gelenk- und Muskelschmerzen über Übelkeit, Erbrechen und Durchfall bis hin zu Bluthusten und schwerer interstitieller Lungenentzündung mit Atemnot reicht.

Der Verlauf der Erkrankung mit Sars-CoV-2 steht offenbar in einer Abhängigkeit von dem Lebensalter der Patienten und dem Vorliegen weiterer Erkrankungen. Bei Kindern und Jugendlichen sind klinisch symptomatische Infektionen bisher selten. Bei jüngeren gesunden Personen verläuft Covid-19 oftmals milde. Schwerere Verläufe und Komplikationen wurden bisher überwiegend bei Personen im Alter von über 60 Jahren beobachtet. Auch bestehende Vorerkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Tumorerkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen und Herz-Kreislaufkrankungen können laut WHO zu einem klinisch schweren Verlauf von Covid-19 führen. Laut WHO weisen über alle Altersgruppen hinweg ca. 80% der Patienten, bei denen eine Infektion mit Sars-CoV-2 im Labor bestätigt wurde, einen milden bis moderaten Krankheitsverlauf, ca. 14% eine schwere und ca. 6% eine kritische Erkrankung auf.

Da die Infektion mit Sars-CoV-2 durch Tröpfchen- oder Schmierinfektion erfolgt, empfiehlt das RKI als Maßnahmen zum Schutz vor einer Ansteckung mit Sars-CoV-2 eine gute und regelmäßige Handhygiene, Husten- und Nies-Etikette sowie Abstand zu Erkrankten und möglichen Erkrankten.³

³ https://www.rki.de/DE/Home/homepage_node.html [zuletzt abgerufen am 01.04.2020].

Die objektive Schutzwirkung eines Tragens von Atemschutzmasken und Schutzkleidung einschließlich Handschuhen im öffentlichen Raum ist umstritten, im Krankenhaus sind diese Maßnahmen im Kontakt mit infizierten Patienten jedoch unverzichtbar. Ein wichtiger Faktor für eine Reduzierung von Ansteckungen der eigenen Person und anderer Personen besteht in einer Reduzierung sozialer Kontakte auf ein notwendiges Minimum.

Laboruntersuchungen auf Sars-CoV-2 erfolgen mittels PCR aus oro- bzw. nasopharyngealen Schleimhautabstrichen. Nach gegenwärtigen aktualisierten Empfehlungen des RKI (Stand 28.03.2020) ist eine Testung grundsätzlich bei symptomatischen Personen sowie im Rahmen einer differentialdiagnostischen Abklärung empfohlen, wenn aufgrund von Anamnese, Symptomen oder Befunden, die mit einer COVID-19-Erkrankung vereinbar sind, ein klinischer Verdacht besteht und eine Diagnose für eine andere Erkrankung, die das Krankheitsbild ausreichend erklärt, fehlt. Demnach entfallen die bisherigen Kriterien des Kontakts mit einer bestätigten Person oder des Aufenthalts in einem Risikogebiet (vgl. Internet-Seite des RKI www.rki.de/covid-19-falldefinition). Der behandelnde Arzt muss dem Gesundheitsamt den Verdacht auf eine Erkrankung, die nachgewiesene Erkrankung, sowie den Tod mit Bezug auf eine Infektion mit SARS-CoV-2 melden. Wird das Coronavirus nachgewiesen, muss dies von dem ausführenden Labor dem Gesundheitsamt gemeldet werden. Aktuelle Diskussionen deuten darauf hin, dass die Testungen und Laboruntersuchungen in der Bevölkerung in Deutschland in naher Zukunft massiv ausgeweitet werden könnten.

Der virologische und medizinische Kenntnisstand zum Sars-CoV-2, die Risikobewertung für Deutschland sowie zahlreiche Informationen und Empfehlungen zum Umgang mit Patienten mit Covid-19 unterliegen naturgemäß gegenwärtig einer hohen Dynamik.⁴

2.2 Therapie von Covid-19

Eine spezifische Therapie oder Prophylaxe gegen Sars-CoV-2 existiert derzeit nicht. Offenbar befinden sich Impfstoffe in Entwicklung, die allerdings nach gegenwärtigem Informationsstand (04/2020) nicht vor Frühjahr 2021 der Allgemeinheit zur Verfügung stehen. Die Therapie muss sich da-

4 Aktuelle Entwicklungen und Empfehlungen sind auf den Internet-Seiten des RKI (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/nCoV.html) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) (<https://www.zusammengegencorona.de/>) zu erhalten [zuletzt abgerufen am 01.04.2020].

her an Symptomen orientieren. Hierzu gehören u.a. die Gabe von Flüssigkeit durch Infusionen, von fiebersenkenden Medikamenten, die Gabe von Sauerstoff bei Spontanatmung (Sauerstoffinsufflation über Nasensonde oder eine nicht-invasive Beatmung über eine Maske) oder die maschinelle Beatmung bei respiratorischer Insuffizienz (invasive Beatmung nach Intubation), die Gabe von kreislaufunterstützenden Medikamenten, der Ausgleich von Elektrolyten und die Gabe von Antibiotika bei bakteriellen Begleiterkrankungen. Die Notwendigkeit eines engmaschigen Monitorings bei schwer erkrankten Patienten und insbesondere einer maschinellen Beatmung machen eine Behandlung auf einer Intensivstation erforderlich.

3 Entscheidungssituationen

Im Zusammenhang mit einer intensivmedizinischen Behandlung müssen zwei Entscheidungen voneinander unterschieden werden:

- ob bei einem Patienten eine intensivmedizinische Therapie begonnen werden soll, und
- ob und inwieweit eine begonnene intensivmedizinische Behandlung fortgeführt werden soll.

Beide Fragen können in Abhängigkeit voneinander stehen und zu entscheiden sein.

3.1 Entscheidung über den Beginn einer intensivmedizinischen Behandlung

Die Kriterien für einen Beginn einer intensivmedizinischen Behandlung sind abhängig von der Frage, ob – gemessen an der Anzahl intensivtherapiebedürftiger Patienten – ausreichende Behandlungskapazitäten auf der Intensivstation vorhanden sind oder nicht.

3.1.1 Behandlungsentscheidung bei ausreichenden Behandlungskapazitäten

Bei ausreichenden Behandlungskapazitäten orientieren sich die Entscheidungen an den beiden etablierten Kriterien für die Legitimation eines ärztlichen Eingriffs, nämlich dem Patientenwillen und der medizinischen Indikation.

- Medizinische Indikation: Für jeden ärztlichen Eingriff bei einem anderen Menschen und daher auch für eine intensivmedizinische Behandlung muss eine medizinische Indikation bestehen. Die medizinische Indikation orientiert sich an (a) der medizinischen Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Behandlung anhand objektiver medizinischer Kriterien und (b) ihrem uneingeschränkten subjektiven Individualnutzen für den betreffenden Patienten. Eine Intensivtherapie ist z.B. erkennbar nicht indiziert, wenn die Therapie als medizinisch aussichtslos eingeschätzt wird, weil durch intensivmedizinische Maßnahmen eine Besserung oder Stabilisierung der klinischen Situation nicht zu erreichen ist, oder ein Überleben des Patienten an den dauerhaften Aufenthalt auf der Intensivstation gebunden wäre, oder wenn der Sterbeprozess begonnen hat.⁵
- Patientenwille: Die Willensbekundung kann aktuell geäußert, in einer Patientenverfügung erklärt, früher mündlich geäußert worden sein oder auf der Eruiierung des mutmaßlichen Willens beruhen. Patienten, die eine intensivmedizinische Behandlung ablehnen, dürfen nicht gegen ihren Willen intensivmedizinisch behandelt werden. Ebenfalls muss der Wille eines Patienten beachtet werden, der intensivmedizinische Maßnahmen nicht gänzlich ablehnt, jedoch den Umfang solcher Maßnahmen (etwa Zeiträume einer maschinellen Beatmung oder bestimmte Maßnahmen wie die Durchführung einer extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO) oder Hämodialyse) einschränkt. Je nach aktueller Erkrankung können allerdings bestimmte Einschränkungen intensivtherapeutischer Maßnahmen durch den Patienten eine Aufnahme auf eine Intensivstation als nicht sinnvoll erscheinen lassen.

Die zu treffende Entscheidung hat den Charakter einer Eignungsdiagnostik für intensivmedizinische Behandlungsmaßnahmen.

⁵ Vgl. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Klinisch-ethische Empfehlungen »Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie« vom 25.03.2020, S. 3. (<https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file> [zuletzt abgerufen am 01.04.2020]).

3.1.2 Behandlungsentscheidung bei nicht ausreichenden Ressourcen

Bei einem Massenansturm von Patienten mit intensivtherapiebedürftigen Erkrankungen, wie im Zusammenhang mit Covid-19 erwartet wird, kann die Situation auftreten, dass die quantitativ verfügbare Kapazität an Intensivbetten und Beatmungsplätzen für die Behandlung der Patienten nicht ausreicht. In diesem Fall muss eine Entscheidung getroffen werden, welcher Patient auf eine Intensivstation aufgenommen wird bzw. bei welchem Patienten eine intensivmedizinische Behandlung nicht durchgeführt wird.

Auch unter den Umständen nicht ausreichender Ressourcen müssen zunächst die unter 3.1.1 aufgeführten Kriterien des Patientenwillens und der medizinischen Indikation (Eignungsdiagnostik für intensivmedizinische Behandlungsmaßnahmen) geprüft werden. Erst wenn zwei oder mehr Patienten, die in die intensivmedizinische Behandlung einwilligen und bei denen eine medizinische Indikation für eine intensivmedizinische Behandlung festgestellt wurde, zur gleichen Zeit und am gleichen Ort behandelt werden müssen und die Kapazität der Intensivstation nicht für alle Patienten ausreicht, entsteht eine Entscheidungssituation, die eine *Auswahl zwischen den Patienten* erforderlich macht (ex ante-Prüfung, d.h. Entscheidung vor Beginn einer intensivmedizinischen Behandlung). Diese Entscheidung ist eine andere als die unter 3.1 dargestellte Eignungsdiagnostik für intensivmedizinische Behandlungsmaßnahmen und wird als Priorisierung bezeichnet. Mit einer Priorisierung wird der erste Aspekt der medizinischen Indikation, die medizinische Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Behandlung bei allen in Frage stehenden Patienten anerkannt, jedoch der zweite Aspekt der medizinischen Indikation, der Individualnutzen für den betroffenen Patienten, relativiert, indem er nun gegen den Individualnutzen anderer Patienten abgewogen wird.

In der Kriegs- und Katastrophenmedizin wurde für Entscheidungssituationen dieser Art das Verfahren der Triage (franz.: le triage, dt.: Auswahl, Sortierung, Sichtung) entwickelt. Zielparame-ter bei Triage-Entscheidungen ist die Wahrscheinlichkeit des Überlebens möglichst vieler Betroffener, wobei hierunter ein mittel- bis langfristiges Überleben ohne eine fortgesetzte Anwendung solcher medizinischer Maßnahmen, die aktuell zur Lebenserhaltung notwendig sind, verstanden wird. Die Triage sieht eine Einteilung der Betroffenen in vier Gruppen vor, die mit abnehmender Priorität behandelt werden: (1) Vorrangig behandelt werden schwer betroffene Patienten, die ohne die Behandlung sicher oder sehr wahrscheinlich nicht

überleben, bei Behandlung jedoch eine gute Prognose haben und mithin am meisten von der Intensivbehandlung profitieren. (2) In zweiter Linie werden Patienten behandelt, deren Chance, die Erkrankung zu überleben, auch ohne Behandlung nicht unerheblich ist, aber durch eine Behandlung noch deutlich steigen würde. (3) Nicht behandelt werden leicht betroffene Patienten, die auch ohne Behandlung eine gute Prognose haben. (4) Nicht bzw. ausschließlich palliativ behandelt werden – jedenfalls bis zur Entspannung der Lage – diejenigen schwer betroffenen Patienten, die auch bei Behandlung eine schlechte Prognose haben.⁶

Es ist ersichtlich, dass die Triage-Entscheidung nicht auf die *absolute* Überlebenswahrscheinlichkeit abstellt, sondern auf den durch die Behandlung zu erzielenden Wahrscheinlichkeits*zuwachs*. Andernfalls müssten leichter Erkrankte begünstigt werden, die mit einer Intensivbehandlung sicher überleben, jedoch auch ohne Intensivbehandlung eine gute Prognose haben (Gruppe 2). Legt man für die hier in Frage stehende Entscheidungssituation einer intensivmedizinischen Behandlung bei Covid-19-Patienten eine Entscheidung nach dem Muster der Triage zu Grunde, ist festzuhalten, dass bei nicht ausreichenden Kapazitäten für die intensivmedizinische Behandlung prioritär Patienten zu berücksichtigen sind, die der Gruppe 1 zuzuordnen sind. Dabei ist allerdings zu beachten, dass – abweichend von der Situation einer Triage – auch Patienten, die zunächst den Gruppen 2 und 3 zuzuordnen sind, durch eine Verschlechterung der klinischen Situation im weiteren Verlauf der Covid-19-Erkrankung für die Gruppe 1 qualifizieren können. Zudem müssen je nach Ressourcenlage möglicherweise auch innerhalb der Gruppe 1 Priorisierungen vorgenommen werden. Ferner ist zu beachten, dass die Ressourcen der Intensivbehandlung ein Gemeingut darstellen und daher grundsätzlich allen Patienten offenstehen müssen; es ist daher nicht gerechtfertigt, Patienten mit Covid-19 als solche zu bevorzugen oder zu benachteiligen. Zudem beziehen sich die Regeln der Triage auf eine Situation von nicht ausreichenden Ressourcen, in der konkurrierende Patienten zur gleichen Zeit am gleichen Ort zu behandeln sind; antizipierte und aktuell nicht vorhandene Patienten werden bei einer Entscheidung nach den Regeln der Triage nicht berücksichtigt, und das »Freihalten« von Behandlungskapazitäten für bloß antizipierte behandlungsbedürftige und behandlungsfähige Patienten, die eine bessere Überlebenschance als die aktuell vor Ort befindlichen Patienten haben,

⁶ Vgl. z.B. W. Lübke, Corona-Triage. <https://www.heise.de/tp/features/Corona-Triage-4687590.html> [zuletzt abgerufen am 01.04.2020].

sieht das Instrument der Triage nicht vor.

Vor diesem Hintergrund lassen sich, neben den in 4.1. dargelegten Kriterien der medizinischen Indikation und des Patientenwillens, folgende Entscheidungskriterien begründen:

- Gesamtziel ist die Minimierung der Anzahl von Todesfällen. Zielparameter der Entscheidung ist die Wahrscheinlichkeit, dass der zu behandelnde Patient *aufgrund* der aktuell anwendbaren intensivmedizinischen Maßnahmen überlebt. Überleben wird dabei verstanden als ein mittel- bis langfristiges Weiterleben, das nicht auf fortlaufende intensivmedizinische Maßnahmen angewiesen ist.
- Die Ressource der Intensivstation steht im Prinzip allen Patienten mit intensivmedizinischem Behandlungsbedarf zur Verfügung. Demnach muss die Entscheidung alle Patienten einschließen, bei denen eine intensivmedizinische Behandlung als notwendig festgestellt wird und die in eine intensivmedizinische Behandlung einwilligen (Non-Covid-19- und Covid-19-Patienten). Eine Entscheidung, die ausschließlich Covid-19-Erkrankte berücksichtigt oder ausschließt, ist nicht zu rechtfertigen.
- Es muss fortlaufend anhand der Kriterien der medizinischen Indikation und des Patientenwillens geprüft werden, welche Non-Covid-19-Patienten und Covid-19-Patienten in die Entscheidung über den Beginn einer intensivmedizinischen Behandlung einbezogen werden müssen. Auch Patienten, die in vorhergehenden Entscheidungen aufgrund ihres prognostisch vergleichsweise günstigen klinischen Zustands nicht berücksichtigt wurden (Gruppe 2, Gruppe 3), müssen fortlaufend diesbezüglich überprüft werden.

3.1.3 Behandlungsentscheidung bei antizipiertem Mangel an Behandlungskapazitäten

Eine besondere Entscheidungssituation kann sich bezüglich der Frage ergeben, ob es zu rechtfertigen ist, in Antizipation von in naher Zukunft nicht mehr ausreichenden Behandlungskapazitäten aktuell noch freie Behandlungskapazitäten nicht an bereits vor Ort befindliche therapiebedürftige Patienten zu vergeben. Eine solche Entscheidung trifft auf mehrere Schwierigkeiten. So sehen die Regeln einer Entscheidung nach dem Muster der Triage eine Auswahlentscheidung in Bezug auf die aktuell zum gleichen Zeitpunkt vor Ort anwesenden und vergleichend zu beurteilenden

konkreten behandlungsbedürftigen Patienten vor und sind für die Situation einer den Mangel an Behandlungskapazitäten bloß antizipierenden Entscheidung nicht allgemein akzeptiert. Zudem liegt die Annahme einer unterlassenen Hilfeleistung nahe, wenn der Arzt einem therapiebedürftigen Patienten eine freie Behandlungskapazität vorenthält. Gleichwohl kann es unter dem Aspekt der Gerechtigkeit plausibel erscheinen, das oftmals dem Zufall geschuldete Kriterium eines bloß zeitlich früheren Eintreffens eines Patienten im Krankenhaus vor anderen Patienten, deren Überlebenschance durch eine intensivmedizinische Behandlung als deutlich größer einzuschätzen wäre, nicht zum alleinigen Kriterium der Entscheidung zu machen. In Abwägung dieser Argumente erscheint das Freihalten von Behandlungskapazitäten für bloß antizipierte Patienten grundsätzlich als nicht gerechtfertigt.

3.2 Entscheidung zur Fortführung einer intensivmedizinischen Behandlung

3.2.1 Behandlungsentscheidung bei ausreichenden Ressourcen

Die Fortführung einer begonnenen intensivmedizinischen Behandlung orientiert sich an der Frage, ob die Behandlung weiterhin medizinisch indiziert ist. Als Kriterien hierfür können eine Besserung oder zumindest Stabilisierung der klinischen Situation des Patienten angesehen werden, die darauf hindeuten, dass die Behandlung positiv wirksam ist. Eine anhaltende Verschlechterung der klinischen Situation und die fehlende Verfügbarkeit anderer Behandlungsmittel oder eine Unverhältnismäßigkeit ihres Einsatzes kann darauf hindeuten, dass eine Fortführung der begonnenen Therapie nicht mehr indiziert ist. In diesem Fall ist eine Therapiezieländerung hin zu einer palliativen Betreuung des Patienten zu erwägen, die in der Regel eine qualifizierte Pflege und Schmerztherapie beinhaltet. Es ist in diesem Zusammenhang allerdings nicht zu übersehen, dass eine Entscheidung zur Beendigung einer maschinellen Beatmung nach wenigen Minuten zum Tod des Patienten noch auf der Intensivstation in der Betreuung der Ärzte und Pflegenden führt, was mit erheblichen psychischen Belastungen verbunden ist und eine ausführliche Kommunikation der Entscheidung an alle Beteiligten erfordert.

Bei Entscheidungen zur Therapiezieländerung können u.U. etablierte Bewertungs-Scores (z. B. Sepsis-related organ failure assessment (SOFA) - Score,) als Hilfsmittel herangezogen werden, nicht jedoch die ärztliche Beurteilung ersetzen. Allein maßgebend für therapeutische Entscheidungen ist immer die professionelle Beurteilung des behandelnden Arztes, der für die Entscheidung die Verantwortung trägt.

3.2.2 Behandlungsentscheidung bei nicht ausreichenden Ressourcen

Im Falle nicht ausreichender intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten könnte die Entscheidung über die Fortführung der Behandlung bei einem Patienten durch die Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Behandlung anderer Patienten beeinflusst werden, die erst nach Beendigung der Therapie des ersteren Patienten behandelt werden können (ex post-Prüfung). Denkbar ist z.B., dass diese Situation zu der Einführung bestimmter Bedingungen für Therapieentscheidungen Anlass geben könnte, etwa indem die Dauer einer intensivmedizinischen Maßnahme von vornherein zeitlich begrenzt wird oder die Verschlechterungen des klinischen Zustandes bei einem Patienten frühzeitig, d.h. noch vor Anwendung zielführender und verhältnismäßiger Maßnahmen, als Kriterium für eine Therapiezieländerung und Beendigung der intensivmedizinischen Behandlung gewertet wird. Grundsätzlich kann eine Situation der Konkurrenz um Behandlungskapazitäten zwischen Patienten den Abbruch der Behandlung eines Patienten nicht rechtfertigen, *nachdem* diese Behandlung begonnen wurde (Posteriorisierung). Den Maßstab für Entscheidungen über die Fortsetzung oder den Abbruch der Therapie muss die fortlaufende Prüfung der medizinischen Indikation bei dem Patienten darstellen sowie die hinreichende Wahrscheinlichkeit, dass durch die Behandlung die Therapieziele erreicht werden. Gerade in der Situation nicht ausreichender Behandlungskapazitäten muss der behandelnde Arzt seine diesbezügliche ärztliche Urteilkraft nach bestem Wissen und Gewissen anwenden.

4 Ethische Orientierungen

Entscheidungen, die den Zugang von Patienten zu Therapiemaßnahmen einschränken, stellen eine gravierende ethische Herausforderung dar und bedürfen einer reflektierten Rechtfertigung. Zwar begrenzt die Situation nicht ausreichender Ressourcen den Entscheidungsraum des die Entscheidung treffenden Arztes, jedoch kommt er nicht umhin, die anstehenden Entscheidungen zu treffen und daher auch zu verantworten. Gleiches gilt

für Pflegende, die die Entscheidungsfindung des Arztes durch ihre professionelle Erfahrung und situative Einschätzung maßgeblich mitgestalten und vor allem die getroffenen Entscheidungen mit umsetzen. Für zu treffende Entscheidungen ist die Beachtung von Kriterien hilfreich, anhand derer eine Entscheidung ethisch gerechtfertigt werden kann. Solche Kriterien richten sich in erster Linie darauf, die Würde der Patienten und der Behandelnden zu wahren und Willkür sowie eine Diskriminierung und Instrumentalisierung von Menschen zu vermeiden. Eine praktische Umsetzung des Würdegedankens lässt sich anhand der sogenannten vier Prinzipien der biomedizinischen Ethik formulieren, die ihrerseits eine Grundlage für das Arzt-Patient-Verhältnis darstellen. Diese drei normativ relevanten Konzepte werden nachfolgend kurz dargestellt.

4.1 Der Gedanke der Würde des Menschen

Die Würde des Menschen stellt das oberste Rechtsprinzip des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland dar.⁷ Aller staatlichen Gewalt ist nach Art. 1 Abs. 1 des Grundgesetzes die Rechtspflicht auferlegt, die Menschenwürde zu achten und zu schützen. Achtung und Schutz einer besonderen Würde des Menschen lässt sich auf zwei unterschiedliche Begründungstypen zurückführen.

Dem religiösen Begründungstyp zufolge, der insbesondere in den abrahamitischen Religionen (Judentum, Christentum, Islam) zur Geltung kommt, besitzt der Mensch als ein von Gott nach seinem Bilde geschaffenes Wesen und aufgrund seiner Statthalterschaft Gottes auf Erden eine besondere Würde, die sich aus seiner solcherart ausgezeichneten Kreatürlichkeit ergibt. Demgegenüber hebt der – dem Recht zugrunde liegende – säkulare Begründungstyp nicht auf Quellen der göttlichen Offenbarung ab, sondern beruft sich auf die Würde des Menschen als ein höchstes Moral- und Rechtsprinzip, das sich von keinem höherrangigen Wert ableitet.

Eine maßgebliche Herleitung und Ausarbeitung des Würdegedankens findet sich in der Moralphilosophie von Immanuel Kant. Demnach unterliegt der Mensch aufgrund seiner Natur als rationales Wesen nicht ausschließlich den Naturgesetzen, sondern er besitzt Freiheit in Denken und Handeln und stellt somit einen »Zweck an sich selbst« dar. Aufgrund dieser Freiheit – seiner Autonomie (gr.: auto – selbst; nomos – Bestimmung) – ist er al-

⁷ Vgl. im Folgenden T. Heinemann, *Klonieren beim Menschen*. Walter de Gruyter, Berlin/New York 2005, S. 286 ff.

lerdings im Gegensatz zu instinktgesteuerten Tieren für seine Handlungen verantwortlich, d.h. er ist ein moralfähiges Wesen und damit eine Person. Personen kommt aufgrund ihrer Autonomie und Moralfähigkeit Würde zu. Insofern *alle* Menschen Personen sind und allen *Menschen* Würde zukommt, besteht nach Kant eine der Würde immanente, quasi naturgesetzmäßige Pflicht aller Menschen, die Würde zu achten und zu schützen. Dies betrifft auch den Schutz des leiblichen Lebens, das eine Voraussetzung für die Realisierung von Würde darstellt. So stellt eine verfügende Einschränkung der Autonomie von Menschen, etwa ihre bloße Verzwecklichung in der Sklaverei oder die Auslöschung des leiblichen Lebens gegen ihren Willen, eine Verletzung ihrer Würde dar.

Allerdings entzieht sich der Gedanke der Menschenwürde einer positiven Definition. Ein Begriffskern von Menschenwürde kann durch drei Grundbestände charakterisiert werden, denen zufolge (1) Würde der Eigenwert ist, der dem Menschen um seiner selbst und nicht um anderer Güter und Zwecke willen zukommt, (2) mit der Würde das Recht auf moralische Selbstbestimmung zu achten ist und es hiermit unvereinbar ist, Menschen als bloße Mittel zum Zweck zu gebrauchen, (3) allerdings die Achtung moralischer Selbstbestimmung nicht bedeuten kann, dass alle Gewissensentscheidungen beliebig, ohne Rücksicht auf andere verwirklicht werden dürfen.⁸ Damit kommen hinsichtlich der Würde des Menschen zwei Aspekte zum Tragen: Zum einen kommt dem Menschen in einem objektiven Sinne Würde aufgrund seines Menschseins zu, und diese Würde ist von Anderen durch ihr und in ihrem Verhalten gegenüber jedem Menschen anzuerkennen und zu achten. Zum anderen ist die eigene Würde dem einzelnen Menschen zur Aufgabe gestellt, denn er kann seine Würde durch sein Handeln verfehlen.

Wenngleich der Gedanke der Würde des Menschen keine Anweisung für konkrete Handlungen vorgibt, dient er in praktischer Hinsicht als Richtschnur und Beurteilungsmaßstab des moralischen Handelns und erlaubt die Ableitung moralischer Forderungen. So kommt Würde Menschen qua ihrer Fähigkeit zur Moralität in gleicher und willkürloser Weise zu, und sie ist dementsprechend unterschiedslos bei *allen* Menschen zu achten. Die Würde eines Menschen ist prinzipiell für andere Menschen unverfügbar, d.h. heißt sie ist unteilbar und unverrechenbar. In gleicher Weise ist für eine Person ihre Würde unveräußerlich, unverlierbar und unverwirkbar. Aus diesen Aspekten leitet sich das Verbot der Diskriminierung von Menschen, d.h. einer

⁸ Ebd., S. 288.

willkürlich nach unterschiedlichen Kriterien bewertenden Einordnung und Behandlung von Menschen, ab. Zudem sind Handlungen, die das Vermögen einer Person, sich selbst Zwecke zu setzen und seine Möglichkeit, sich als Subjekt der eigenen Handlungen verstehen zu können, einschränken, mit der Würde des Menschen nicht vereinbar. Aus diesem Aspekt leitet sich das Verbot der Instrumentalisierung anderer Menschen ab. Würde stellt aber nicht nur ein als naturale Mitgift aufzufassendes angeborenes Privileg des Menschen dar, sondern ist dem Subjekt als Beurteilungsmaßstab und Motivation seines eigenen Handelns zur Aufgabe gestellt. So stellen Handlungen, die die Würde eines anderen Menschen verletzen, auch eine Verfehlung der eigenen Würde dar. Das Privileg der Würde erweist sich in dieser Perspektive für den Menschen somit nicht als Sonderrecht, sondern als eine besondere Verpflichtung, und Vorrechte verdient der Mensch nur wegen seiner Pflichtfähigkeit als moralfähiges Wesen.⁹

Auch wenn die verfassungsrechtliche Deutung des Eingangsbereichs des Grundgesetzes nicht umstandslos in einem transzendentalen oder kantischen Sinne gedeutet werden kann, ist Artikel 1 I GG doch das Versprechen zu entnehmen, dass elementare Persönlichkeitsmerkmale jedes einzelnen Menschen als unantastbar geschützt werden. Ein wichtiger Garantbereich ist insoweit die elementare Basisgleichheit aller Menschen. Das Bundesverfassungsgericht hat in einem Grundsatzurteil aus dem Jahre 2017 bekräftigt, die Menschenwürde sei egalitär und gründe ausschließlich in der Zugehörigkeit zur menschlichen Gattung, unabhängig von Merkmalen wie Herkunft, Rasse, Lebensalter oder Geschlecht (BVerfG, 17.1.2017 – 2 BVB 17/3, Rn.539,541). Orientierung kann hier auch die Entscheidung zum Luftsicherheitsgesetz bieten, in dem betont wird, dass Leben und Gesundheit unschuldiger Menschen (nämlich Geiseln) nicht abgewogen werden dürfen mit Leben und Gesundheit anderer Opfer (BVerfGE 115, 118, 139).

Folgerichtig bleibt festzuhalten:

Für die Entscheidung über eine intensivmedizinische Behandlung von Patienten bei nicht ausreichenden Behandlungskapazitäten ist aus dem Würdegedanken zu folgern, dass eine Entscheidung sich nicht an Kriterien wie Alter als solchem, Geschlecht, Herkunft, Wohnort, Nationalität, religiöse Zugehörigkeit, soziale Stellung und Funktion, Versicherungsstatus, Fähigkeiten, chronische Behinderung oder öffentliches Ansehen der Patienten

⁹ Ebd., S. 293 ff.

orientieren kann. Die Anwendung solcher Kriterien unterläge der Willkür und würde eine Diskriminierung der Patienten darstellen, weil sie die betroffenen Personen nicht ihrer selbst wegen beurteilen. Zu rechtfertigen ist indes eine Auswahl von Patienten anhand medizinischer Kriterien, mit denen die Überlebenschancen eingeschätzt werden kann. Diese Kriterien beziehen sich ausschließlich auf die eingetretene Erkrankung und treffen keine Werturteile über die Person des Patienten, sondern bewerten seine Behandlungschancen.

4.2 Die vier Prinzipien der biomedizinischen Ethik als Maßstab für ärztliches Handeln

Die von den US-amerikanischen Bioethikern Tom Beauchamp und James Childress¹⁰ ausgearbeiteten vier Prinzipien der biomedizinischen Ethik stellen einen weitverbreitet anerkannten Orientierungsrahmen für klinische Entscheidungen dar. Die vier Prinzipien können als praktische Umsetzungen des Gedankens der Würde des Menschen angewendet werden.¹¹

- 1.) Das *Prinzip der Selbstbestimmung (autonomy)* bzw. das *Prinzip des Respekts vor Personen (respect for persons)* lässt sich aus der oben dargelegten Sicht des Menschen als eine sich Zwecke setzende und daher frei handelnde Person herleiten, der aufgrund dieser Fähigkeit Würde zukommt. Das Prinzip der Selbstbestimmung richtet sich gegen eine Bevormundung des Patienten durch den Behandelnden und zielt auf die Ermöglichung einer informierten und freien Patientenentscheidung in der Behandlungssituation ab.
- 2.) Das *Prinzip der Fürsorge (beneficence)* benennt die ärztliche Verpflichtung, Krankheiten zu vermeiden, zu heilen und das Leid des Patienten zu lindern und umfasst damit den ärztlichen Grundsatz des *salus aegroti suprema lex* (lat.: Das Wohl des Kranken ist höchste Pflicht).
- 3.) Das *Prinzip des Nichtschadens (non-maleficence)* rekurriert auf den klassischen ärztlichen Grundsatz des *primum nil nocere* (lat.: vor allem nicht schaden); es fordert die Vertretbarkeit der mit einem Eingriff verbundenen Risiken und Nebenwirkungen und verlangt da-

¹⁰ Tom L. Beauchamp, James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*. 7. Auflage, Oxford University Press, Oxford/New York 2013.

¹¹ Vgl. im Folgenden Deutscher Ethikrat, *Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus*. Berlin 2016, S. 68 ff.

mit hohe qualitative Standards und ihre individuelle Anpassung an die jeweilige Situation des Patienten. Es bindet zudem ärztliches Handeln an eine hinreichende Kompetenz und Erfahrung des behandelnden Arztes, an das individuelle Risikoprofil für den individuellen Patienten und an die allgemeine Sicherheit des Verfahrens; praktisch kann sich hieraus für den Arzt unter anderen die Pflicht zur Einbeziehung von Fremdexpertisen (»zweite Meinungen«) bei schwierigen Entscheidungen ergeben.

- 4.) Das *Prinzip der Gerechtigkeit (justice)* fokussiert auf einen diskriminierungsfreien Zugang von Patienten zur ärztlichen Behandlung und verlangt unter anderem eine gerechte Verteilung von Ressourcen. Die aus den vier Prinzipien abzuleitenden ethischen Pflichten des Arztes finden teilweise Entsprechungen im deutschen Recht.

Wenngleich die theoretische Grundlegung, das Verhältnis der vier Prinzipien untereinander und ihre Rolle und Tragweite bei der konkreten ethischen Entscheidungsfindung Gegenstand kontroverser Diskussionen sind, können sie unter dem Gedanken der Würde des Menschen als ethische Matrix für die klinische Entscheidung herangezogen werden. Dies trifft auch für Entscheidungen in der Situation nicht ausreichender Ressourcen zu. So fordert das Prinzip der Selbstbestimmung auch in dieser Situation die Eruierung und Beachtung des Patientenwillens als Bedingung für eine ärztliche Behandlung, ferner eine umfassende Aufklärung des Patienten über den Zweck, die Risiken und Nebenwirkungen der geplanten Behandlung als Voraussetzung für eine Einwilligung oder Ablehnung der Behandlungsmaßnahme oder eine Aufklärung über die Gründe für eine Nichtbehandlung. Im Falle eingeschränkter oder nicht realisierbarer Selbstbestimmung, wie dies bei schweren Infektionen mit Fieber und Luftnot und in intensivmedizinischen Behandlungssituationen häufig vorkommt, treten die Prinzipien der Fürsorge und des Nichtschadens in den Vordergrund und verpflichten den Arzt in besonderem Maße auf das Wohl des Patienten. Allerdings werden durch eine Situation nicht ausreichender Behandlungsressourcen insbesondere die Prinzipien der Fürsorge und des Nichtschadens herausgefordert, insofern der Arzt zusätzlich zu der Behandlungsperspektive auf den individuellen Patienten eine überindividuelle vergleichende Perspektive einnehmen muss, die aus dem Blickwinkel nichtbegünstigter individueller Patienten als mangelnde Fürsorge und Zufügung von Schaden interpretiert werden könnte. Gleichwohl ist zu konstatieren, dass eine Entscheidung durch Triage, im Unterschied zu anderen Auswahlkriterien

wie z.B. Losverfahren oder einer Priorisierung von Patienten nach willkürverdächtigen Kriterien wie z.B. ihrem Wert für die Gesellschaft (s.o.), die Prinzipien der Fürsorge und des Nichtschadens überhaupt für alle in Frage stehenden Patienten primär in den Blick nimmt. Zudem versucht die Triage, im Unterschied etwa zu einer Berücksichtigung von Patienten nach der zeitlichen Reihenfolge ihres Eintreffens in die Klinik (Prinzip des »first come – first served«, auch als »Windhund-Prinzip« bezeichnet), in Bezug auf die Prinzipien der Fürsorge und des Nichtschadens einen möglichst schonenden Ausgleich zu schaffen. Korrespondierend hierzu fordert das Prinzip der Gerechtigkeit, das per se eine überindividuelle Perspektive einnimmt, die statusindifferente Gleichbehandlung von Patienten (engl.: equality) sowie einen fairen und jeweils individuell patientenorientierten Einsatz von Ressourcen (engl.: equity).

4.3 Das Arzt-Patient-Verhältnis

Die vier Prinzipien der biomedizinischen Ethik stellen zudem eine Grundlage des Arzt-Patient-Verhältnisses dar. Das Arzt-Patient-Verhältnis bezeichnet das spezielle Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Es stellt einen - auch gesetzlich – geschützten Raum dar, in dem u.a. höchst private Informationen ausgetauscht werden und eine ärztliche Beratung stattfindet. Zu einer solchen Beratung gehören die Einschätzung des Arztes über den Verlauf von Erkrankungen, die Mitteilung von Prognosen und die reflektierte Empfehlung von durchzuführenden medizinischen Maßnahmen.

Jede Behandlungssituation begründet ein Arzt-Patient-Verhältnis. In der Regel besteht die Möglichkeit, dass der Arzt mit dem Patienten bespricht, welche medizinischen Maßnahmen er empfiehlt. Dabei besteht die Grundlage des Arzt-Patient-Verhältnisses darin, dass der Patient darauf vertrauen können muss, dass der Arzt (a) ausschließlich medizinisch notwendige Maßnahmen vornimmt, deren Anwendung er zudem beherrscht (*lege artis*), und (b) dass diese Maßnahmen ausschließlich dem individuellen Wohl des Patienten dienen und keine Fremdinteressen im Hintergrund stehen. Umgekehrt muss sich der Arzt darauf verlassen können, dass der Patient die besprochenen und eingeleiteten Maßnahmen gewissenhaft befolgt und ihm eine Nichtbefolgung gegebenenfalls mitteilt. Dabei kann sich der Patient jederzeit aus dem Arzt-Patient-Verhältnis lösen. Verfassungsrechtlich ist die Patientenautonomie im Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Artikel 2 Abs. 2 GG) garantiert, das auch die Selbstbestimmung über die leiblich-seelische Integrität umfasst.

Das Vertrauensverhältnis im Arzt-Patient-Verhältnis besteht auch dann, wenn ein Patient nicht (mehr) einwilligungsfähig ist. Er muss darauf vertrauen können, dass der Arzt in dieser Situation seine Fürsorgepflicht wahrnimmt, Schaden von ihm abwendet und gerechte Entscheidungen trifft. Der Arzt übernimmt in dieser Situation eine Garantenpflicht für den Patienten. Die Garantenpflicht kann – insbesondere in Kombination mit nicht ausreichenden Ressourcen - zu schwierigen Entscheidungssituationen führen, wenn der Patient von vornherein die Anwendung bestimmter notwendiger medizinischer Maßnahmen ausgeschlossen hat. Ist dies nicht der Fall, muss das Vertrauensverhältnis im Arzt-Patient-Verhältnis sicherstellen, dass eine begonnene intensivmedizinische Behandlung, zu der sich der Patient selbst nicht mehr verhalten kann, vom Arzt durchgeführt und nur bei nicht mehr bestehender Wahrscheinlichkeit für das Erreichen der Therapieziele abgebrochen wird.

Eine Auswahlentscheidung (Priorisierung) zwischen verschiedenen Patienten nach den Regeln der Triage kann sich daher auf die Entscheidung des *Beginns* intensivmedizinischer Maßnahmen (ex ante-Prüfung) beziehen, sofern zur gleichen Zeit am gleichen Ort mehrere behandlungsbedürftige Patienten um eine intensivmedizinische Behandlung konkurrieren. Für die Entscheidung einer *Fortführung* einer bereits begonnenen Therapie ist ein Entscheidungsmodus nach den Regeln der Triage (ex post-Prüfung) jedoch kaum zu rechtfertigen. Die Entscheidung über einen möglichen Abbruch einer begonnenen Behandlung bei einem Patienten darf sich nicht an der Konkurrenzsituation mit anderen behandlungsbedürftigen und behandlungsfähigen Patienten (Posteriorisierung), sondern sollte sich ausschließlich an medizinischen Kriterien des Behandlungsverlaufs bei dem individuellen Patienten und an der fortlaufend zu beurteilenden medizinischen Indikation orientieren.

