

Zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie

Stellungnahme der Bioethikkommission

Zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie

Stellungnahme der Bioethikkommission

Wien, März 2020

Impressum

Medieninhaber, Verleger und Herausgeber:
Geschäftsstelle der Bioethikkommission, Ballhausplatz 2, 1010 Wien
Autorinnen und Autoren: Bioethikkommission
Wien, 2020. Stand: 31. März 2020

Copyright und Haftung: Auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung der Geschäftsstelle der Bioethikkommission und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin/des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Inhalt

Kontext	4
Grundlagen	4
Vermeidung von Extremfällen dilemmatischer Entscheidungssituationen	6
Wahrnehmung klinischer Verantwortung	6
Wahrnehmung gesellschaftlicher Verantwortung	8
Bewältigung dilemmatischer Entscheidungssituationen	9
Versuche der Entschärfung	10
Triage	11
Mitglieder der Bioethikkommission für das Mandat 2017 bis 2020	14

Kontext

Die Covid-19-Pandemie stellt die Gesundheitssysteme aller Länder vor die Frage, wie sie ihre vorhandenen, unter Normalbedingungen ausreichenden, Ressourcen einsetzen sollen. Diese Herausforderung betrifft vielfältige Versorgungskontexte (Krankenhäuser, Ordinationen, Langzeitpflegeeinrichtungen, mobile Dienste etc.) und Arten von Ressourcen (Anzahl und Qualifikation von Personal, Medizingeräte, Arzneimittel, medizinisches Verbrauchsmaterial, Infrastruktur etc.) sowie alle Krankheitssituationen, in denen Leistungen des Gesundheitssystems benötigt werden (nicht nur Covid-19-Fälle).

Die Erfahrung von Ländern, die von der Covid-19-Pandemie bereits früher als Österreich betroffen waren, zeigt, wie sich die allgemeine Frage nach dem Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung so zuspitzen kann, dass nicht mehr ausreichend Personen und Mittel zur Verfügung stehen, um eine Lebensrettung bei allen Kranken zu versuchen.¹ Da dieser Extremfall ein Dilemma darstellt, für das es keine ethisch oder rechtlich befriedigende Lösung gibt, gilt es, ihn nach Kräften zu verhindern oder sein Auftreten so minimal wie möglich zu halten. Die folgenden Überlegungen möchten dazu eine Hilfestellung bieten.

Grundlagen

Trotz einer Ausnahmesituation angesichts der Covid-19-Pandemie dürfen folgende Grundlagen für die ethische Beurteilung nicht vergessen werden:

1. **Fokus der Aufmerksamkeit:** Die konkrete medizinische Behandlung sieht sich einem Ansatz verpflichtet, der auf die kranke Person fokussiert. Ihr individuelles Wohl und ihr Wille sind die maßgeblichen Kriterien für Entscheidungen. Kollektive Überlegungen im Sinn der öffentlichen Gesundheit tauchen in der konkreten Behandlungssituation allenfalls als Randbedingung auf. Im Kontext einer Epidemie oder Pandemie verschiebt sich die Aufmerksamkeit hin zu kollektiven Über-

1 Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy — Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line. *N Engl J Med.* 2020 DOI [10.1056/NEJMp2005492](https://doi.org/10.1056/NEJMp2005492).
Grasselli G, Pesenti A, Cecconi M. Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy: Early Experience and Forecast During an Emergency Response. *JAMA.* 2020 Mar 13 DOI [10.1001/jama.2020.4031](https://doi.org/10.1001/jama.2020.4031).

legungen.² Begründen lässt sich dies insbesondere mit dem Argument, dass der Gesundheit des Individuums nur soweit geholfen werden kann, als das Gesamtsystem (Gesundheitswesen und andere gesellschaftliche Bereiche) funktionsfähig ist.

2. **Ethische Prinzipien:** Ungeachtet dieser Verschiebung in Richtung Verantwortung für das Kollektiv bleibt die konkrete medizinische Behandlung ihren ethischen Grundlagen verpflichtet und hat sie soweit wie möglich zu erfüllen (Optimierungsgebot). Dies impliziert insbesondere:
 - a) Die Pflicht, den Willen einer kranken Person möglichst frühzeitig zu erkunden, um festzustellen, inwieweit sie bestimmte Behandlungen ohnedies ablehnen würde (Vorsorgeplanung).
 - b) Die Pflicht, Risiken, Belastungen und Schäden zu minimieren, die aus einer Behandlung für die betroffene Person, aber auch für Dritte (z. B. Personal) entstehen können. Dazu zählt etwa die Prüfung, inwieweit ein Reanimationsversuch bei einer von Covid-19-betroffenen Person ein unverhältnismäßiges Risiko für das Reanimationsteam wäre.
 - c) Die Pflicht, auch unter Bedingungen verschärfter Ressourcenknappheit danach zu suchen, was eine – vielleicht nicht optimale, aber – unter den jeweiligen Bedingungen, bestmögliche Versorgung zum Wohl der kranken Person wäre (z. B. Erweiterte Therapie an der Normalstation oder Intermediate Care, wenn Intensive Care nicht verfügbar ist; Palliative Care im Fall eines fehlenden kurativen Therapieziels).
 - d) Die Pflicht, die Entscheidungen so zu treffen, dass sie fair bleiben (z. B. eine Behandlung nicht nach unsachlichen Kriterien entscheiden, d. h. Betroffene diskriminieren).
3. **Grundrechtsbindung:** Auch im Kontext einer Pandemie sind alle Akteure – staatliche wie klinische – den Wertungen und Normen der Verfassung und Grundrechte verpflichtet. Dies bedeutet im Zusammenhang mit der Allokation knapper Ressourcen in der Gesundheitsversorgung insbesondere Folgendes:
 - a) Gleichheit: Jede Person hat ein Grundrecht auf Leben (Art 2 EMRK) sowie andere im medizinischen Kontext relevante Grundrechte, wie insbesondere das

2 Berlinger N et al. Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19: Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice. Garrison, NY: Hastings Center; 2020 [updated 2020 Mar 17; cited 2020 Mar 27]. Available from: <https://www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19/>.
Deutscher Ethikrat. Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise: Ad-hoc-Empfehlung. Berlin: Deutscher Ethikrat; 2020 [updated 2020 Mar 27; cited 2020 Mar 27]. Available from: <https://www.ethikrat.org/mitteilungen/2020/solidaritaet-und-verantwortung-in-der-corona-krise/>.

Recht auf Achtung des Privatlebens (Art 8 EMRK). Wegen dieses grundrechtlichen Schutzes jeder einzelnen Person und der jeder Person zukommenden Würde folgt eine Pflicht zur Gesundheitsversorgung ohne Ansehung der Person, das heißt ohne Differenzierung nach nicht-medizinischen Kriterien. Ein prinzipieller Ausschluss aufgrund von Kriterien wie Restlebensdauer oder verbleibende Lebensqualität nach einer Behandlung ist nicht gerechtfertigt. Zugleich ist festzuhalten, dass es kein Recht auf eine nicht oder nicht mehr indizierte medizinische Behandlung gibt.

- b) Gleichstellung: Manche Personen benötigen eine spezielle Unterstützung, um ihr formales Grundrecht auf Leben und die damit verbundene medizinisch indizierte Behandlung effektiv wahrnehmen zu können, z. B. wenn sie eine physische oder psychische bzw. kognitive Einschränkung haben. In solchen Fällen ist nicht nur eine gleiche, sondern eine spezielle und damit unter Umständen auch höhere Ressourcenzuteilung nötig, damit diese Personen dieselbe Chance haben wie Menschen ohne Einschränkung.

Vermeidung von Extremfällen dilemmatischer Entscheidungssituationen

Extremfälle dilemmatischer Entscheidungssituationen angesichts knapper Ressourcen in der Gesundheitsversorgung können durch zwei – gleichermaßen nötige – Ansätze vermieden oder in ihren negativen Auswirkungen minimiert werden: durch die Wahrnehmung klinischer Verantwortung und durch die Wahrnehmung gesellschaftlicher Verantwortung.

Wahrnehmung klinischer Verantwortung

Klinische Verantwortung wird dort wahrgenommen, wo in der Entscheidungsfindung etablierte ethische Orientierungspunkte konsequent geachtet werden – und zwar

sowohl bei Personen, die an Covid-19 erkrankt sind, als auch bei Personen, die eine andere Krankheit haben.³

- 1. Realistisches Therapieziel:** Eine Behandlung muss ein Therapieziel verfolgen, das unter den gegebenen Umständen realisierbar ist. Zu den Umständen zählen Krankengeschichte, bisheriger Behandlungsverlauf, Status und Prognose der kranken Person sowie die faktisch vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten. Je eingeschränkter diese Umstände sind, umso eher sollte darauf verzichtet werden, das zur Diskussion stehende Therapieziel zu verfolgen. Wo es mit guten Gründen bereits verfolgt wird, dort legt sich bei Einschränkung der Umstände eine Therapiezieländerung nahe, die auch ein rein-palliatives Ziel der Sterbebegleitung bedeuten kann.
- 2. Sorgsame Indikationsstellung:** Soweit ein Therapieziel angesichts der konkreten Umstände realistisch erscheint, dürfen nur jene Behandlungsansätze versucht werden, die medizinisch indiziert sind. Dies bedeutet nicht nur, dass die Behandlung technisch machbar und grundsätzlich den Standards medizinischer Wissenschaft entspricht, sondern dass sie auch verhältnismäßig in ihren Vor- und Nachteilen in Hinblick auf die konkret betroffene Person ist. Dies trifft beispielsweise auf den Einsatz der extrakorporalen Membran-Oxygenierung (ECMO = Sauerstoffanreicherung des Blutes in einem Kreislauf außerhalb des Körpers) zu. Die wissenschaftliche Evidenz für den Einsatz dieses extrem ressourcenbindenden und invasiven Verfahrens wird nur für wenige Patienten zutreffen. Allgemein gilt, wo eine Behandlung in dieser Abwägung mehr Nachteile als Vorteile bringt, ist sie zu unterlassen; wo sich dies erst im Laufe der Behandlung herausstellt, ist sie zu beenden. Eine Intensivtherapie ist medizinisch nicht mehr indiziert, wenn nicht mehr zu erwarten ist, dass die betroffene Person wenigstens das Krankenhaus verlassen und in ein angemessenes Lebensumfeld integriert werden kann.⁴

3 Bioethikkommission. Sterben in Würde: Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundenen Fragestellungen. Stellungnahme der Bioethikkommission. Wien: Bundeskanzleramt; 2015 [updated 2015 Feb 9; cited 2020 Mar 27]. Available from: https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:6d5d655b-e11d-4e65-b6a6-9fd531a033fb/Sterben_in_Wuerde.pdf.

Europarat. Leitfaden zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende. Strasbourg: Europarat; 2014 [updated 2014 May 5; cited 2020 Mar 27]. Available from: http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/09_End%20of%20Life/Guide/Guide%20FDV%20deutsch.pdf.

4 Stocker R et al. Intensivmedizinische Massnahmen: Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW); 2013 [updated 2013 May 28; cited 2020 Mar 27]. Available from: https://www.samw.ch/dam/jcr:48fab1c2-3a14-4bdb-b881-8e60979c1b47/richtlinien_samw_intensivmedizinische_massnahmen.pdf.

3. **Wille der betroffenen Person:** Sowohl das Therapieziel als auch die Bewertung der Vor- und Nachteile einer Behandlung sind mit der betroffenen Person abzustimmen. Wenn sich dabei ergibt, dass die Person ein (wenngleich fachlich realistisches) Therapieziel nicht (mehr) mitträgt oder die Nachteile einer Behandlung für schwerwiegender als ihre Vorteile bewertet, dann ist das Therapieziel oder die Indikation zu ändern.

Diese etablierten Orientierungspunkte gelten für alle Kontexte der Gesundheitsversorgung, auch außerhalb der Covid-19-Pandemie. Inwieweit sie in der Entscheidungsfindung geachtet werden, beeinflusst, ob eine Person im Krankenhaus aufgenommen oder sie im Krankenhaus von einer Normalstation auf eine Intensivstation verlegt werden soll – und damit auch den entsprechenden Ressourcenbedarf. Ergibt eine sorgsame Prüfung von Therapieziel, Indikationsstellung und Wille der betroffenen Person, dass eine konkrete Versorgungsmaßnahme gar nicht (mehr) gerechtfertigt ist, dann ist diese Entscheidung am Individuum orientiert und entlastet zugleich das Kollektiv, innerhalb dessen eine andere Person die Ressource unter Umständen benötigt. Es ist wichtig zu betonen, dass es sich bei diesem Szenario nicht um eine Triage-Situation handelt, sondern um den Weg einer ethisch gut begründeten Entscheidungsfindung, wie sie eigentlich stets erfolgen sollte.

Wahrnehmung gesellschaftlicher Verantwortung

Im Kontext einer Epidemie oder Pandemie, wie nun bei Covid-19, ist es zusätzlich zur konsequenten Beachtung der ethischen Prinzipien in der klinischen Entscheidungsfindung für die Vermeidung dilemmatischer Entscheidungssituationen essenziell, dass die gesamte Gesellschaft daran mitwirkt, die Infektionskurve so flach zu halten, dass das Gesundheitssystem nicht durch ein konzentriertes Auftreten von Krankheitsfällen überlastet wird („flatten the curve“). Wenn diese gesellschaftliche Verantwortung nicht ausreichend realisiert wird, wird es früher oder später zumindest in einzelnen Versorgungsbereichen zu dilemmatischen Entscheidungssituationen angesichts absolut knapper Ressourcen für die Gesundheitsversorgung kommen.

Bewältigung dilemmatischer Entscheidungssituationen

Wenn im Gesundheitssystem nicht mehr ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen, um alle Personen, die eine akute Behandlung benötigen, zu versorgen, dann kommt es zu dilemmatischen Entscheidungssituationen. Dies betrifft im Kontext der Covid-19-Pandemie insbesondere intensivmedizinische Ressourcen und dort vor allem die Möglichkeit, Betroffene maschinell beatmen zu können.⁵ Dabei können zwei Szenarien eintreten:⁶

- Behandlung noch nicht begonnen (Szenario 1): In dieser Situation gibt es eine begrenzte Zahl noch verfügbarer Behandlungsplätze (Intensivbetten, Beatmungsgeräte), aber eine höhere Zahl an Personen, die diese Ressourcen benötigen würden.
- Behandlung bereits begonnen (Szenario 2): In dieser Situation sind alle Behandlungsplätze belegt, und es kommt mindestens eine Person hinzu, die diese Ressourcen benötigen würde.

Beide Szenarien sind erst dann eine dilemmatische Entscheidungssituation, wenn für die gefährdete Person nicht so rasch eine entsprechende Behandlung an einem anderen Ort organisiert werden kann, dass dadurch die unmittelbare Lebensgefahr gebannt ist. Eine solche Unmöglichkeit kann sich aus faktischen Grenzen (z. B. keine Transportoption) oder normativen Grenzen (z. B. keine Zuständigkeit) ergeben. Für die klinischen Entscheidungsträger gilt dann jedenfalls der Grundsatz, wonach sie zu nichts Unmöglichem verpflichtet werden können.

5 Truog RD, Mitchell C, Daley GQ. The Toughest Triage — Allocating Ventilators in a Pandemic. *N Engl J Med.* 2020 Mar 23 DOI [10.1056/NEJMp2005689](https://doi.org/10.1056/NEJMp2005689).

6 Deutscher Ethikrat. Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise: Ad-hoc-Empfehlung. Berlin: Deutscher Ethikrat; 2020 [updated 2020 Mar 27; cited 2020 Mar 27]. Available from: <https://www.ethikrat.org/mitteilungen/2020/solidaritaet-und-verantwortung-in-der-corona-krise/>.

Versuche der Entschärfung

Beide Szenarien können in manchen Fällen dadurch entschärft werden, dass die Behandelnden sorgsam prüfen, ob sich unter den betroffenen Menschen eine Person befindet, die – gemessen an den oben skizzierten, etablierten ethischen Orientierungspunkten –

- keine Intensivtherapie benötigt (weil z. B. eine Stabilisierung auch auf einer Intermediate Care Unit oder Normalstation gewährleistet werden kann) oder
- keine Intensivtherapie möchte (weil sie z. B. in einer Vorsorgeplanung abgelehnt wurde) oder
- bei der die Intensivtherapie faktisch aussichtslos (weil sich z. B. bereits ein Multiorganversagen einstellt) oder in Hinblick auf die betroffene Person unverhältnismäßig wäre (weil die Person aufgrund ihrer weit fortgeschrittenen Grunderkrankung oder gesundheitlichen Konstitution ohnedies am Lebensende angekommen ist und – wenn überhaupt – in der Folge nicht mehr außerhalb einer Intensivstation überleben könnte).⁷

Trifft dies zu, ist der Verzicht auf eine noch nicht begonnene Intensivtherapie (Szenario 1) und die Beendigung einer bereits begonnenen Intensivtherapie (Szenario 2) gerechtfertigt und kann eine begründbare Entscheidung das (scheinbare) Dilemma auflösen.⁸

7 Bosslet GT et al. An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units. *Am J Respir Crit Care Med.* 2015 Jun; 191(11):1318-1330 DOI [10.1164/rccm.201505-0924ST](https://doi.org/10.1164/rccm.201505-0924ST).

Kon AA et al. Defining Futile and Potentially Inappropriate Interventions: A Policy Statement From the Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. *Crit Care Med.* 2016 Sep;44(9):1769-1774 DOI [10.1097/ccm.0000000000001965](https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000001965).

8 ÖGARI Ethik. Therapiezieländerungen auf der Intensivstation - Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation. *AINS.* 2013;48(4):216-223 DOI [10.1055/s-0033-1343753](https://doi.org/10.1055/s-0033-1343753).
Intensivmedizinische Gesellschaften Österreichs. Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs: Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und -beendigung an Intensivstationen. *Wien Klin Wochenschr.* 2004 Nov;116(21-22):763-767 DOI [10.1007/s00508-004-0267-x](https://doi.org/10.1007/s00508-004-0267-x).

Triage

Wo eine Entschärfung nicht gelingt, dort kommt es zu Triage-Entscheidungen, d. h. zu Entscheidungen, wer eine bestimmte Gesundheitsversorgung (Intensivbett, Beatmungsgerät) erhält und wer sie nicht erhält, obwohl er sie – gemessen an den etablierten ethischen Orientierungspunkten – bräuchte. Solche Triage-Entscheidungen erscheinen im Szenario 1 auf den ersten Blick vielleicht weniger einschneidend als im Szenario 2, weil im ersteren auf eine Ressourcenzuteilung „nur verzichtet“, im zweiten die bereits erfolgte Ressourcenzuteilung „wieder beendet“ wird – stets mit dem in Kauf genommenen Risiko, dass die betroffene Person krankheitsbedingt stirbt. Sowohl Verzichts- als auch Beendigungs-Situationen führen in unserer Gesellschaft, die sich keiner simplen utilitaristischen Nutzenmaximierung verschrieben hat, allerdings an die Grenzen ethischer Argumentationen.

Mittlerweile haben sich etliche (intensiv-)medizinische Fachgesellschaften in Österreich⁹, der Schweiz¹⁰ und Deutschland¹¹ mit dieser Triage-Situation angesichts der Covid-19-Pandemie auseinandergesetzt.

- Die Handlungsorientierung, die daraus hervorgeht, zielt darauf ab, mit den absolut knappen Ressourcen in einer Triage-Situation so viele Menschen wie möglich zu retten.
- Dafür kristallisiert sich die kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit als maßgeblicher Orientierungspunkt heraus: Für den Beginn (oder Verzicht) und die Fortsetzung (oder Beendigung) einer Intensivtherapie sollte so weit wie möglich die **Prognose** ausschlaggebend sein, ob die betroffene Person die Intensivtherapie überleben kann. Gleichwertig zum Ziel der Lebenserhaltung muss die Frage nach

9 ÖGARI Ethik. Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie: Klinisch-ethische Empfehlungen für Beginn, Durchführung und Beendigung von Intensivtherapie bei Covid-19-PatientInnen. Wien: Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI); 2020 [updated 2020 Mar 17; cited 2020 Mar 27]. Available from: https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/covid-19_ressourcenallokation_gari-statement_v1.7_final_2020-03-17.pdf.

10 Scheidegger D et al. Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit: Hinweise zur Umsetzung Kapitel 9.3 der SAMW-Richtlinien Intensivmedizinische Massnahmen (2013). Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW); 2020 [updated 2020 Mar 23; cited 2020 Mar 27]. Available from: <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Intensivmedizin.html>.

11 Dutzmann J et al. Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie. Berlin: Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI); 2020 [updated 2020 Mar 26; cited 2020 Mar 27]. Available from: <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2>.

der Vermeidung einer chronisch-kritischen Erkrankung¹² die Indikationsstellung begründen. Der Begriff „chronisch-kritische Erkrankung“ beschreibt einen Zustand des Überlebens einer lebensbedrohlichen Situation mit daraus resultierender ständiger und irreversibler Abhängigkeit von intensivmedizinischen Maßnahmen. Jenseits der Betrachtung der individuellen „Lebensperspektive“ ist dieser Aspekt der Prognose im Hinblick auf die massiv eingeschränkten Ressourcen einer Katastrophensituation von besonderer Bedeutung. Die Prognose hängt unter anderem mit der Schwere der aktuellen Erkrankung (z. B. Covid-19), aber auch mit dem Stadium möglicher Vorerkrankungen (z. B. chronische Lungenschädigung) und den körperlichen Reserven (z. B. Ausprägung eines Gebrechlichkeitssyndroms) zusammen.

- Die (Intensiv-)Medizin hat hierfür seit längerem Beurteilungsskalen, die eine solche Prognoseerstellung möglichst objektiv nachvollziehbar machen sollen. Wer mit einer Intensivtherapie eine günstigere Prognose (Überlebenswahrscheinlichkeit) hat, sollte entsprechend dieser Überlegung in einer Triage-Situation priorisiert werden.
- Weder fachlich maßgeblich noch ethisch oder grundrechtlich zu legitimieren wäre hingegen das Festmachen an alleinigen Kriterien wie dem kalendarischen Alter oder einer von außen attestierten Lebensqualität. Gänzlich inakzeptabel ist selbstverständlich die Bezugnahme auf einen sozialen Status oder die persönliche Beziehung zu Entscheidungsträgern.

Die kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit kann als maßgebliches Kriterium für Szenario 1 wie 2 der Triage herangezogen werden. Für eine Szenario-2-Triage, d. h. die Beendigung einer (Intensiv-)Therapie bei einer Person, bei der sie eigentlich indiziert wäre und die sie nicht selbst abgelehnt hat, zugunsten einer anderen Person, die eine höhere kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit hat, wird dabei Folgendes vorausgesetzt: Bei dieser anderen Person muss es sich um einen bereits konkret vorhandenen Menschen handeln, nicht eine hypothetische Person, die vielleicht kommen wird oder nicht.

12 MacIntyre NR et al. Management of Patients Requiring Prolonged Mechanical Ventilation: Report of a NAMDRG Consensus Conference. *Chest*. 2005 Dec;128(6):3937-3954 DOI [10.1378/chest.128.6.3937](https://doi.org/10.1378/chest.128.6.3937).
Madrid RA, McGee W. Value, Chronic Critical Illness, and Choosing Wisely. *J Intensive Care Med*. 2019 Aug;34(8):609-614 DOI [10.1177/0885066618790942](https://doi.org/10.1177/0885066618790942).
Leasa D. Chronic Critical Illness. In: McConachie I, Granton J, Fuller J, editors. *Handbook of ICU Therapy*. 3rd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2014. p. 209-220 DOI [10.1017/CBO9781107323919.020](https://doi.org/10.1017/CBO9781107323919.020).

Hinsichtlich der Entscheidungsfindung in dilemmatischen Triage-Situationen wird international empfohlen, alle möglichen Unterstützungsdienste, wie z.B. kollegiale Beratungen oder Dienste der klinischen Ethikberatung, in Anspruch zu nehmen und so die Entscheidungslast auf mehrere Schultern zu verteilen, um den Druck durch moralischen Stress zu lindern.¹³

Ein Dilemma bleibt die Triage jeder Konstellation dennoch, weil die Entscheidung, auf eine indizierte lebensrettende Behandlung zugunsten einer anderen Person zu verzichten oder sie zu beenden, im Kontext der rechtsethischen Werte und rechtlichen Normen nicht gerechtfertigt werden kann, zumal Leben gegen Leben einer Abwägung nach dessen Qualität nicht zugänglich ist. Für jene Ärztinnen und Ärzte, die solche Entscheidungen in einer Katastrophensituation wie einer Pandemie dennoch vornehmen müssen (auch der Beginn oder die Fortsetzung der Intensivtherapie ist eine solche Entscheidung), ist angesichts dieses Dilemmas seitens der Gesellschaft und Rechtsgemeinschaft der entschuldigende Notstand anerkannt, wie er z.B. in § 10 Strafgesetzbuch (StGB) seinen Ausdruck findet.

13 Marckmann G et al. Möglichkeiten und Grenzen von Ethikberatung im Rahmen der COVID-19-Pandemie (Stand: 26.03.2020): Ein Diskussionspapier der Akademie für Ethik in der Medizin. Göttingen: Akademie für Ethik in der Medizin e. V.; 2020 [updated 2020 Mar 26; cited 2020 Mar 28]. Available from: https://www.aem-online.de/index.php?id=90&tx_ttnews%5Btt_news%5D=214&cHash=e9f9274452b89861cac91dcb1c96c808.

Mitglieder der Bioethikkommission für das Mandat 2017 bis 2020

Vorsitzende

Dr. Christiane Druml

Stv. Vorsitzender

Univ.-Prof. Mag. Dr. Markus Hengstschläger

Stv. Vorsitzender

Univ.-Prof. Dr. h.c. Dr. Peter Kampits

Univ.-Prof. DDr. Matthias Beck

Univ.-Prof. Dr. Alois Birklbauer

Dr. Andrea Bronner

Univ.-Prof. Dr. Christian Egarter

Dr. Thomas Frühwald

Dr. Ludwig Kaspar

Univ.-Prof. Dr. Lukas Kenner

Dr. Maria Kletecka-Pulker

Univ.-Prof. Dr. Ursula Köller MPH

Univ.-Prof. Mag. Dr. Michael Mayrhofer

Univ.-Prof. Dr. Johannes Gobertus Meran MA

Dr. Stephanie Merckens

Univ.-Prof. Dr. Siegfried Meryn

Univ.-Prof. Dr. Christina Peters

Univ.-Prof. Mag. Dr. Barbara Prainsack

Univ.-Prof. DDr. Walter Schaupp

Univ.-Prof. Dr. Andreas Valentin MBA

Dr. Klaus Voget

Univ.-Prof. Dr. Ina Wagner

Priv.-Doz. Dr. Jürgen Wallner MBA

Univ.-Prof. Dr. Christiane Wendehorst LL.M

Univ.-Prof. Dr. Gabriele Werner-Felmayer

