

Dear reader,

This is an author-produced version of an article published in *Pastoraltheologie* 112 (2023). It agrees with the manuscript submitted by the author for publication but does not include the final publisher's layout or pagination.

Original publication:

Dietz, Alexander

Grundlegende ethische Gedanken zur Triage-Gesetzgebung

in: *Pastoraltheologie* 112 (2023), pp. 209-224

Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2023

URL <https://doi.org/10.13109/path.2023.112.6.209>

Access to the published version may require subscription.

Published in accordance with the policy of Vandenhoeck & Ruprecht: <https://www.vr-elibrary.de/self-archiving>

Your IxTheo team

Liebe*r Leser*in,

dies ist eine von dem/der Autor*in zur Verfügung gestellte Manuskriptversion eines Aufsatzes, der in *Pastoraltheologie* 102 (2013) erschienen ist. Der Text stimmt mit dem Manuskript überein, das der/die Autor*in zur Veröffentlichung eingereicht hat, enthält jedoch *nicht* das Layout des Verlags oder die endgültige Seitenzählung.

Originalpublikation:

Dietz, Alexander

Grundlegende ethische Gedanken zur Triage-Gesetzgebung

in: *Pastoraltheologie* 112 (2023), S. 209-224

Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2023

URL <https://doi.org/10.13109/path.2023.112.6.209>

Die Verlagsversion ist möglicherweise nur gegen Bezahlung zugänglich.

Diese Manuskriptversion wird im Einklang mit der Policy des Verlags Vandenhoeck & Ruprecht publiziert: <https://www.vr-elibrary.de/self-archiving>

Ihr IxTheo-Team

Publiziert unter: Alexander Dietz, Grundlegende ethische Gedanken zur Triage-Gesetzgebung, in: Pastoraltheologie 112 (2023), S. 209-224.

Grundlegende ethische Gedanken zur Triage-Gesetzgebung

Alexander Dietz

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit der Covid-19-Pandemie hat die deutsche Bundesregierung im November 2022 ein sogenanntes Triage-Gesetz verabschiedet. Die kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit der Patienten wird als Zuweisungskriterium in einer Kurzsituation definiert. Zudem wird die Diskriminierung von Menschen mit Behinderung ausgeschlossen. Der Artikel stellt dieses Gesetz in den breiteren Kontext der medizinethischen Rationierungsdebatte und zieht eine positive Gesamtbilanz des Gesetzes.

1. Hintergründe

Am 10. November 2022 hat der Bundestag das überarbeitete so genannte Triage-Gesetz (eigentlich: „Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes“) beschlossen. Im Zuge der Covid-19-Pandemie hatte sich in der Öffentlichkeit das Bewusstsein dafür entwickelt, dass ein solches Gesetz notwendig sei. „Seit dem 21. März würden Patienten, die älter sind als 80 Jahre, nicht mehr beatmet. Stattdessen erfolge Sterbebegleitung mit Opiaten und Schlafmitteln. [...] Am 23.03.2020 erfolgte pro Stunde eine Aufnahme eines beatmungspflichtigen Patienten. Normalerweise verfüge die Klinik über Intensivstationen mit insgesamt 40 Beatmungsbetten in Einzelzimmern“¹ So konnte man in der Zeitung im Frühjahr 2020 lesen, während der ersten Welle der Covid-19-Pandemie. Es ging in diesem Artikel um die Universitätsklinik des französischen Straßburg. Aber auch aus dem italienischen Bergamo erreichten uns in diesen Tagen alarmierende Nachrichten: „Alle 80 Intensivbetten sind belegt. Die täglich neu ankommenden Covid-Patienten wurden auf Korridore, in Warte- und sogar in Badezimmern gelegt. [...] Freie Plätze auf der Intensivstation gab es nur noch, wenn Patienten sich erholten oder verstarben – das waren etwa 25 pro Tag. Gleichzeitig wurden aber täglich zwischen 70 und 100 neue Covid-Patienten eingeliefert; vor der Notaufnahme standen dutzende Rettungsfahrzeuge mit schwerkranken oder sterbenden Menschen, zum Teil bis zu zwölf Stunden lang. [...] Und in einzelnen Fällen mussten Mediziner eine Entscheidung über Leben und Tod treffen: Sie mussten bestimmen, welcher Patient einen frei werdenden Platz auf der Intensivstation erhält – und welcher Patient nicht. [...] Nach der ‚Apokalypse von Bergamo‘ wurden mehrere Ärzte von Angehörigen Verstorbener, die keinen Platz auf den Intensivstationen bekommen hatten, verklagt. Es sei auch zu Gewaltakten gekommen.“² Plötzlich war der Begriff der Triage in aller Munde, den vorher nur Fachleute kannten.

Alarmiert durch diese Nachrichten veröffentlichten sieben deutsche medizinische Fachgesellschaften wenige Tage später Leitlinien zu „Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie“. Darin wird neben der Präferenz für das Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht das

¹ Sven Lemkemeyer, Patienten über 80 Jahre werden nicht mehr beatmet, in: Tagesspiegel vom 27.03.2020 (<https://www.tagesspiegel.de/wissen/deutsche-katastrophenarzte-verfassen-alarmbericht-uber-strassburg-7441702.html>). Abgerufen am 12.11.2022).

² Dominik Straub, Trauma von Bergamo: Italiens Erfahrungen mit Triage in Corona-Zeiten, in: Der Standard vom 18.11.2021 (<https://www.derstandard.de/story/2000131230890/trauma-von-bergamo-italiens-erfahrungen-mit-triage-in-corona-zeiten>). Abgerufen am 12.11.2022).

Diskriminierungsverbot aufgrund von Alter, sozialen Merkmalen und Behinderung betont.³ Zwei Tage später meldete sich der Deutsche Ethikrat mit einer Ad-hoc-Empfehlung „Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise“ zu Wort, in der sich auch eine Passage zur Triage findet. Dort wird von nahezu unlösbaren Dilemmata gesprochen.⁴ Einige Wochen später gab die Bundesärztekammer eine Orientierungshilfe heraus. Darin wird festgestellt, dass es für die Menschen in Deutschland eine neue Situation darstellt, sich nicht mehr darauf verlassen zu können, dass im Fall einer schweren Erkrankung alles medizinisch Erforderliche für sie getan wird. Es wird aber auch auf die problematische Situation der Ärztinnen und Ärzte hingewiesen, die sich angesichts ihrer Entscheidungen in Triage-Situationen immer auch dem Risiko einer strafrechtlichen Verfolgung ausgesetzt sehen.⁵

Angesichts dieser Rechtsunsicherheit des ärztlichen Personals und angesichts der Schutzpflicht des Gesetzgebers für Gesundheit und Leben der Menschen wurde während der zweiten Welle, im Winter 2020/2021, darüber diskutiert, ob nicht ein Gesetz zur Regelung von Triage-Situationen notwendig sei. Ein entsprechender Eilantrag wurde vom Bundesverfassungsgericht allerdings abgelehnt, da für das Anliegen eine eingehende Prüfung erforderlich sei. In der dritten Welle, im Frühjahr 2021, stieg der Handlungsdruck dadurch, dass durch die Belegung der Notfallbetten die Gefährdung der anderen Notfallpatientinnen und -patienten zunahm. Der Leiter der Kölner Klinik für Innere Medizin bezeichnete diese Situation bei Anne Will als eine „weiche Triage“. Auch die immer weitere Verschiebung anderer Operationen, um die Versorgung der akuten Fälle leisten zu können, gefährdete zunehmend Gesundheit und Leben der Betroffenen. Anfang März 2021 befasste sich der Gesundheitsausschuss des Bundestages in einem Fachgespräch mit Berichten über eine angebliche „Vor-Triage“ in Alten- und Pflegeeinrichtungen. Es dürfe auf keinen Fall Druck auf Heimbewohner ausgeübt werden mit dem Ziel, auf eine intensivmedizinische Behandlung zu verzichten.⁶

Während der vierten Welle, im Winter 2021/2022, legten neun Menschen mit Behinderungen Beschwerde beim Bundesverfassungsgericht ein, weil sie bei einer Triage nach dem Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht eine systematische Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen befürchteten. Das Gericht bestätigte diese Sicht und urteilte, dass der Gesetzgeber Vorkehrungen zum Schutz von Menschen mit Behinderungen für den Fall einer pandemiebedingt auftretenden Triage treffen muss.⁷ Die Bundesregierung kündigte daraufhin an, zügig eine gesetzliche Regelung zu schaffen. Krankenhäuser in Österreich gaben im November bekannt, sich angesichts der steigenden Zahlen auf eine Triagierung von Covid-Patientinnen und -Patienten vorzubereiten. Ein knappes Jahr später, während der mittlerweile siebenten Welle, beschloss der Bundestag im November 2022 ein Triage-Gesetz, das den Auflagen des Bundesverfassungsgerichts Rechnung tragen sollte. Darin wird geregelt, dass „die Entscheidung über die Zuteilung aufgrund einer übertragbaren Krankheit nicht ausreichend

³ Vgl. *Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin*, Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie, 3. überarbeitete Fassung vom 14.12.2021 (<https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/covid-19-dokumente/211214-divi-covid-19-ethik-empfehlung-version-3-entscheidungen-ueber-die-zuteilung-intensivmedizinischer-ressourcen.pdf>). Abgerufen am 12.11.2022), 5.

⁴ Vgl. *Deutscher Ethikrat*, Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise, Berlin 2020 (<https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf>). Abgerufen am 12.11.2022), 3.

⁵ Vgl. *Bundesärztekammer*, Orientierungshilfe der Bundesärztekammer zur Allokation medizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie im Falle eines Kapazitätsmangels, 2020 (https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/BAEK_Allokationspapier_05052020.pdf). Abgerufen am 12.11.2022), 1f.

⁶ Vgl. *Deutscher Bundestag*, Triage erneut Thema im Gesundheitsausschuss, Pressemitteilung vom 03.03.2021 (<https://www.bundestag.de/presse/hib/826068-826068>). Abgerufen am 12.11.2022).

⁷ Vgl. *Bundesverfassungsgericht*, Der Gesetzgeber muss Vorkehrungen zum Schutz behinderter Menschen für den Fall einer pandemiebedingt auftretenden Triage treffen, Pressemitteilung vom 28.12.2021 (<https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2021/bvg21-109.html>). Abgerufen am 12.11.2022).

vorhandener überlebenswichtiger intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten [...] nur nach der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit der betroffenen Patientinnen und Patienten getroffen werden darf. Die Regelung stellt zugleich klar, dass bei der Zuteilungsentscheidung niemand benachteiligt werden darf, insbesondere nicht wegen einer Behinderung, des Grades der Gebrechlichkeit, des Alters, der ethnischen Herkunft, der Religion oder Weltanschauung, des Geschlechts oder der sexuellen Orientierung. Darüber hinaus enthält der Entwurf Regelungen zum Verfahren, in dem die Zuteilungsentscheidung zu treffen ist.“⁸ Von ärztlicher Seite wurde am Gesetz bereits im Vorfeld kritisiert, dass das festgelegte Verbot einer Ex-post-Triage zu Fehlallokationen aufgrund des erwartbaren Verzichts auf gebotene Therapiezieländerungen führe, dass die Rechtsunsicherheit für entscheidende Ärzte nicht vollständig ausgeräumt worden sei und dass die Verfahrensanweisungen (Zweitmeinungsverfahren, Hinzuziehung weiterer Experten, Dokumentationspflicht) in Ausnahmesituationen nicht praktikabel seien.⁹ Behindertenverbände kritisieren, dass das Gesetz Menschen mit Behinderungen nach wie vor nicht ausreichend vor strukturellen Benachteiligungen in Triage-Situationen schütze.

Der Begriff Triage wird abgeleitet vom französischen Verb „trier“ (sortieren) und stammt ursprünglich aus der Militärmedizin. Dort bezeichnete der Begriff traditionell die Aufgabe, bei einem Massen-Anfall von Verletzten darüber zu entscheiden, wie die begrenzten medizinischen Ressourcen auf sie aufgeteilt werden sollen. Geordnete Sanitätseinheiten zur Versorgung überlebensfähiger Verwundeter sind schon im frühen 16. Jahrhundert dokumentiert. Detaillierte Angaben zur Einstufung der verschiedenen Schweregrade von Verwundungen finden sich erstmals im Königlich-Preußischen Feldlazareth-Reglement im späten 18. Jahrhundert. Französische und russische Militärärzte verfeinerten im 19. Jahrhundert die Prinzipien. Bis zum Ersten Weltkrieg setzte sich eine Einteilung der Verwundeten in fünf Stufen und deren Verteilung zur Behandlung in allen europäischen Armeen durch. Später wurde mit der Aufstellung der NATO eine einheitliche Systematik von „Sichtungskategorien“ geschaffen. Die taktische Triage im Feld gliedert sich in drei Phasen. Erstens: Alle Verletzten, die nicht offensichtlich tot sind, werden in Deckung gebracht. Zweitens: Erste Sichtung der Verletzten, die im Durchschnitt eine Minute pro Patient dauern soll. Es werden nur lebensrettende Maßnahmen durchgeführt. Drittens: Erneute Sichtung, weiterführende Diagnostik, Blutungskontrolle und Transport-Priorisierung ins Feldlazarett. Aus der militärärztlichen Triage hat sich die zivile Triage entwickelt. Besonderheiten der militärärztlichen Triage sind die Versorgung unter Beschuss und die entscheidende Rolle nichtärztlichen Personals (Sanitäter). In der Notaufnahme moderner Krankenhäuser gehören Verfahren zur Sichtung, Priorisierung und ggf. Weiterverteilung der Patientinnen und Patienten zum Standard. Dafür kann der Begriff Triage verwendet werden. Normalerweise wird der Begriff jedoch eher bei besonderen Ereignissen verwendet, wie Großunfällen oder Pandemien, mit einer großen Anzahl von Verletzten oder Erkrankten, die angesichts unzureichender medizinischer Kapazitäten eine besondere rettungsmedizinische Logistik erfordern, zu der eine Sichtung nach abstrakten Kriterien vor der vollständigen Diagnose gehört. Dann werden die Opfer mit farbigen Anhängerkarten gekennzeichnet nach fünf Kategorien: akute Lebensgefahr mit Überlebenschance, schwer verletzt, leicht verletzt, akute Lebensgefahr ohne Überlebenschance und tot. Wobei nur die Personen, die sich in akuter Lebensgefahr mit Überlebenschance befinden, sofort behandelt werden.¹⁰

⁸ Bundesregierung, Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/I/Kabinettfassung_GE_IfSG_BVerfG_Triage_bf.pdf. Abgerufen am 12.11.2022), 1.

⁹ Bundesärztekammer, Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes vom 14.06.2022 (https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Stellungnahmen/20220721_Triage_AEnd_IfSG_SN_BAEK.pdf. Abgerufen am 12.11.2022), 3 und 5f.

¹⁰ Vgl. Michael Toursarkissian / Dirk Oldenburg / Michael Benker, Triage – aus militärärztlicher Sicht, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 104 (2010), 407-410.

Die Komplexität der gegenwärtigen medizinethischen Debatte macht weitere begriffliche Abgrenzungen notwendig: Ex-ante-Triage meint die Behandlungsverweigerung, weil gerade bereits ein anderer Patient behandelt wird. Ex-post-Triage bezeichnet die Beendigung der Behandlung eines Patienten oder einer Patientin mit geringerer Überlebenschance, um einen anderen mit höherer Überlebenschance zu behandeln. Diese Form wird meist als ethisch und rechtlich noch problematischer bzw. inakzeptabel angesehen. In der Kritik der Ärztekammer zum neuen Triage-Gesetz wird jedoch darauf hingewiesen, dass ein Verbot der Ex-post-Triage ignoriere, dass ärztliche Indikationsstellungen sich ändern können.¹¹ Die Triage ist ein Spezialfall der Rationierung, also der Vorenthaltung notwendiger medizinischer Maßnahmen. Allerdings unterscheidet sich die Triage von der normalen Rationierung dadurch, dass die Knappheit der medizinischen Ressourcen hier einen absoluten Charakter hat. Das heißt, dass auch beim besten Willen nicht jeder gerettet werden kann und man daran auch nichts ändern kann. Bei anderen Rationierungsentscheidungen im deutschen Gesundheitswesen hat die Knappheit einen relativen Charakter. Das heißt, es handelt sich um eine politische Abwägungsentscheidung, wie viele Ressourcen für welche medizinischen Maßnahmen zur Verfügung stehen sollen oder nicht. Darum sind bei der Triage möglicherweise bestimmte Kriterien ethisch akzeptabel, die in anderen Situationen der Rationierung medizinischer Leistungen nicht akzeptabel sind. Eine Voraussetzung vernünftiger Rationierung ist die Priorisierung. Von Rationierung zu unterscheiden ist die Rationalisierung als Abstellung von Mittelverschwendungen, beispielsweise durch Standardisierung oder Budgetierung.¹²

Die Rechtslage in Deutschland hat sich nun geändert. Es gab bisher keine gesetzliche Normierung der Triage. Lediglich für den Spezialfall der Organtransplantation hatte der Gesetzgeber Anordnungen getroffen, nämlich dass die Organe von der Vermittlungsstelle nach den Kriterien Erfolgsaussicht und Dinglichkeit zu verteilen sind. Auf den Pandemiefall oder andere Katastrophenfälle war das Transplantationsgesetz jedoch nicht anwendbar. Das bedeutet allerdings nicht, dass Ärztinnen und Ärzte, die beispielsweise darüber entscheiden mussten, welche Patienten in lebensbedrohlicher Lage anstelle anderer Patienten Beatmungsgeräte bekommen, im rechtsfreien Raum gehandelt hätten. Es gab die Empfehlungen der Fachgesellschaften, die allerdings rechtlich nicht bindend sind. Es gab die Berufsordnungen, die allerdings kein staatliches Recht darstellen und nicht strafrechtlich, sondern nur berufsrechtlich relevant sind. Es gab aber vor allem das Grundgesetz, das die Menschenwürde, das Recht auf Selbstbestimmung sowie das Recht auf Leben und auf körperliche Unversehrtheit schützt und Ungleichbehandlung bzw. Diskriminierung verbietet. Im Strafgesetzbuch finden sich jedoch keine Regelungen, die beispielsweise das Diskriminierungsverbot speziell im Blick auf Triage-Situationen konkretisieren würden. Strafrechtliche Folgen darf ein Verhalten jedoch nur haben, wenn die Gründe für die Strafbarkeit vorher gesetzlich normiert wurden. Darum hatte beispielsweise diskriminierendes Verhalten in Triage-Situationen bisher keine strafrechtlichen Folgen.¹³

Als besonders problematisch wurde das bisherige Fehlen eines Triage-Gesetzes im Blick darauf angesehen, dass unklar war, ob eine Ärztin oder ein Arzt, die den Tod eines Patienten in Kauf nehmen, um einen anderen zu retten, überhaupt im Einklang mit der Rechtsordnung handeln, oder ob sie gegen die Rechtsordnung handeln und lediglich straffrei bleiben, weil es einen juristischen Entschuldigungsgrund gibt, nämlich eine Pflichtenkollision (wobei diese für das Thema zentrale Kategorie noch nicht einmal strafrechtlich normiert ist, sondern nur

¹¹ Vgl. *Bundesärztekammer* (Anm. 9), 11.

¹² Vgl. *Alexander Dietz*, Gerechte Gesundheitsreform. Ressourcenvergabe in der Medizin aus ethischer Perspektive, Frankfurt / New York 2011, 349ff.

¹³ Vgl. *Katja Gelinsky*, Brauchen wir ein Triage-Gesetz? Zur Verteilung von Überlebenschancen bei unzureichenden medizinischen Ressourcen, hrsg. von der Konrad-Adenauer-Stiftung, 2020 (<https://www.kas.de/documents/252038/7995358/Brauchen+wir+ein+Triage-Gesetz.pdf/dd0cb801-4217-7219-b531-278a774e311e?version=1.0&t=1586415062476>). Abgerufen am 12.11.2022), 4 und 6.

gewohnheitsrechtlich anerkannt wird). Insofern erscheint es begrüßenswert, dass das Bundesverfassungsgericht einen gesetzgeberischen Handlungsbedarf angemahnt hat und der Gesetzgeber tätig wurde. Auch, aber nicht nur, damit Menschen mit Behinderung effektiv vor Diskriminierung geschützt werden.

2. Mögliche Kriterien

Um das neue Gesetz ethisch bewerten zu können, müssen wir zunächst reflektieren, welche Kriterien überhaupt in einem Triage-Gesetz festgeschrieben werden könnten. Wir stellen uns eine mögliche nächste Covid-Welle mit einer besonders aggressiven Virus-Variante vor: Alle Intensivstationen an deutschen Krankenhäusern und auch in den Nachbarländern sind überfüllt. Es kommen 20 neue Patientinnen und Patienten in akuter Lebensgefahr, die beatmet werden müssen. Es sind aber nur fünf Intensivbetten mit Beatmungsgerät verfügbar. Wer sollte diese Plätze bekommen? Welche Kriterien sollten zur Anwendung kommen?¹⁴

Die erste Möglichkeit stellen Zufallskriterien dar. Man könnte beispielsweise losen. Dieses Verfahren wäre strikt egalitär. Jeder hätte die gleiche Chance. Man müsste nicht den Wert von Menschenleben vergleichen und dadurch die Menschenwürde missachten. Das Zufallsprinzip wäre verfassungskonform. In Verfahren zur Studienplatzvergabe hat das Bundesverfassungsgericht eine Zuteilung durch Losentscheid früher auch nicht beanstandet. In der ethischen Debatte zu anderen Themen ist das Losverfahren in den letzten Jahren immer wieder ins Gespräch gebracht worden. Der momentan vielleicht populärste Ethiker der Welt, Michael Sandel, schlägt in seinem aktuellen Buch „Vom Ende des Gemeinwohls“ beispielsweise vor, Studienplätze an Eliteuniversitäten nicht mehr durch Wettbewerb, sondern über Losverfahren zu organisieren, um Überheblichkeit und Machtmissbrauch einzudämmen.¹⁵ Eine andere Variante des Zufallsprinzips wäre das Kriterium der zeitlichen Reihenfolge der Einlieferung. Wer zuerst kommt, mahlt zuerst. Auch bei diesem zeitlichen Prioritätenprinzip könnte eine problematische, anmaßende Bewertung von Leben vermieden werden. Es würde ohne Ansehung der jeweiligen Person entschieden. Und der Streit über normative Kriterien, bei dem nie alle zufriedengestellt werden können, würde vermieden. Gegen Zufallskriterien spricht jedoch, dass diese keineswegs ethisch neutral sind. Indem alle gleichbehandelt werden, wird nicht einmal das einfachste Gerechtigkeitsprinzip, nämlich Gleiches gleich und Ungleiches ungleich zu behandeln, berücksichtigt. Auch mit dem ärztlichen Berufsverständnis gerät ein Zufallsentscheid in Spannung. Ärztinnen und Ärzte sind verantwortlich für medizinisch gewissenhafte, am Wohl der Patienten ausgerichtete Entscheidungen. Schließlich wäre fraglich, ob der Gesetzgeber mit der Vorgabe des Zufallsprinzips für die Patientenauswahl seiner Verantwortung gerecht würde. Sinn und Zweck gesetzgeberischen Handelns im Rechtsstaat ist es, Vorhersehbarkeit sicherzustellen, nicht aber den Zufall zum Prinzip zu erheben.

Die zweite Möglichkeit stellen ökonomische Kriterien dar. In der Diskussion um Rationierung im Gesundheitswesen spielen ökonomische Kriterien eine wichtige Rolle. Das reine Kosten-Kriterium, also der Ausschluss teurer medizinischer Maßnahmen aus der solidarischen Finanzierung, ist unbrauchbar, da es den Sinn des gesamten Solidarsystems konterkariert und nicht mit den grundlegenden Zielen des Gesundheitswesens vereinbar ist. Aber das Effizienzkriterium, also der Ausschluss medizinischer Maßnahmen mit einem vergleichsweise schlechten Kosten-Nutzen-Verhältnis, ist eines der Hauptkriterien in allen Ländern, die konkrete Kriterien festgelegt haben. Auch in Deutschland spielt es eine gesetzliche Rolle. Im Blick auf den Spezialfall der Triage ist das Kriterium allerdings weniger hilfreich. Wenn es um Leben und Tod im konkreten individuellen Fall geht, verbietet sich nach der bei uns vorherrschenden ethischen Intuition und nach deutschem Recht eine Vorenthaltung notwendiger medizinischer Maßnahmen aus ökonomischen Gründen. Bei der politischen Entscheidung,

¹⁴ Vgl. zum Folgenden *Alexander Dietz* (Anm. 12), 365ff.

¹⁵ Vgl. *Michael Sandel*, *Vom Ende des Gemeinwohls. Wie die Leistungsgesellschaft unsere Demokratien zerreißt*, Frankfurt 2020, 295f.

wie viele Notfallbetten es geben soll, geht es um *statistische* Menschenleben. Diese dürfen auch nach ökonomischen Kriterien bewertet und abgewogen werden. Konkrete individuelle Menschenleben aber nicht. Bei unserem Beispiel sind zudem die Kosten bei den einzelnen Patientinnen und Patienten ähnlich und der Nutzen für alle hoch.

Die dritte Möglichkeit stellen patientenbezogene Kriterien dar. Viele fänden es gerecht, wenn Menschen, die sich für einen ungesunden Lebensstil entscheiden, dafür bestraft würden. Sollten die Kosten für eine Lungenkrebsbehandlung bei Rauchern von der solidarischen Finanzierung ausgenommen werden? Aber wie steht es eigentlich um die Eigenverantwortung bei einer krankhaften Sucht? Und was ist mit der Privatsphäre? Und welches für die Gesundheit riskante Verhalten soll berücksichtigt werden und welches nicht (beispielsweise Skifahren, Schokolade essen oder mehr als 50 Stunden pro Woche arbeiten)? Im Kontext der Covid-19-Pandemie erregt das Thema Impfen die Gemüter. Sollten Geimpfte im Fall der Triage bevorzugt werden? Müssten dann nicht auch Personen benachteiligt werden, die auf andere Weise das Risiko erhöhen, schwer an Covid zu erkranken (die sich beispielsweise nicht regelmäßig die Hände desinfizieren, durch Fastfood übergewichtig sind oder zu spät ins Bett gehen und dadurch ihr Immunsystem schwächen)? Die Rolle des moralischen Richters ist jedoch mit dem ärztlichen Ethos unvereinbar. Entsprechende Zwangsmaßnahmen wären – wenn überhaupt – nur *vor* dem Auftreten eines Schadens akzeptabel, keinesfalls danach. Der Anspruch auf Lebensschutz ist in der Menschenwürde verankert und darf darum gerade nicht von einem bestimmten Verhalten abhängig gemacht werden.

Was ist mit dem Kriterium der Bedeutung eines Menschen für das Gemeinwesen? Sollen Personen bei der Triage bevorzugt werden, die einen besonders hohen Wert für das Gemeinwesen haben? Und woran macht man das gegebenenfalls fest (beispielsweise Personen mit überdurchschnittlichem Einkommen, Politikerinnen und Politiker, Pfarrerinnen und Pfarrer, Militärangehörige, Personen, die im Gesundheitswesen arbeiten – und davon alle oder nur manche)? Darüber lässt sich wohl kein Einvernehmen erzielen. Haben Elternteile ohne Erwerbseinkommen oder Menschen mit schwerer Behinderung keinen Wert für das Gemeinwesen? Manche argumentieren, dass eine Bevorzugung von Patientinnen und Patienten in Schlüsselpositionen für das Gesundheits- und Staatswesen im allgemeinen Interesse liege und damit sachlich gerechtfertigt sei. Mit ihrer Priorisierung sei auch keine Abwertung anderer Personen verbunden, da die Begünstigten nicht um ihrer selbst willen, sondern aufgrund ihrer Bedeutung für das Gemeinwesen vorrangig intensivmedizinisch versorgt würden. Dieses utilitaristische Kriterium steht jedoch in Spannung zu einem universalen Verständnis von Menschenwürde, wie es christliche oder humanistische Menschenbilder oder auch die bisherige Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts in Fragen staatlicher Lebensrettungsmaßnahmen hervorheben.

Am intensivsten wird im Bereich patientenbezogener Kriterien über das Kriterium „Alter“ bzw. prognostizierte verbleibende Lebensdauer diskutiert. Eine öffentliche Diskussion in Deutschland zum Thema Altersrationierung wurde im Jahr 2003 durch die Äußerung des damaligen Vorsitzenden der Jungen Union, Philipp Mißfelder, ausgelöst, er halte nichts davon, wenn 85-Jährige noch künstliche Hüftgelenke auf Kosten der Solidargemeinschaft bekämen.¹⁶ Abgesehen davon, dass diese Position nicht mit der ärztlichen Berufsordnung und mit deutschem Recht vereinbar ist, ist sie auch ökonomisch unvernünftig, da künstliche Hüftgelenke für die Solidargemeinschaft billiger sind als die dauerhaften Pflegekosten für Personen mit behandlungsbedürftigen Hüftgelenken. Befürworter der Altersrationierung haben jedoch auch durchaus vernünftige Argumente: Das Alter sei ein objektiv feststellbares und nicht manipulierbares Kriterium, das in mehreren europäischen Ländern bereits angewendet werde. Altersdiskriminierung sei nicht vergleichbar mit Rassismus oder Sexismus, weil alle

¹⁶ Vgl. Cordula Eubel, „Keine Hüftgelenke für die ganz Alten“, in: Tagesspiegel vom 03.08.2003 (<https://www.tagesspiegel.de/politik/keine-huftgelenke-fur-die-ganz-alten-1030069.html>). Abgerufen am 12.11.2022).

Menschen älter würden. Manche argumentieren, dass es ethisch geboten sei, möglichst viel Lebenszeit bzw. zusätzliche Lebensjahre zu retten, oder dass es gerecht sei, jüngeren Patienten den Vorzug zu geben, da ältere Menschen bereits mehr Gelegenheit zur Verwirklichung von Lebensplänen, für ein erfülltes Leben und auch zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gehabt hätten. Wenn man wählen müsse, sollte man doch lieber jungen Menschen die Möglichkeit geben, alt zu werden, als alten Menschen die Möglichkeit, noch älter zu werden.

Kritiker der Altersrationierungen wenden dagegen ein, dass das kalendarische Alter allein noch nichts über den Zustand und die Lebenssituation eines Individuums aussage. Wenn in einer Triage-situation nach medizinischen Kriterien entschieden wird, werden ältere Menschen im Durchschnitt automatisch schlechter abschneiden als jüngere. Dazu braucht es aber das Alterskriterium nicht, das dem Einzelfall nicht gerecht wird. Altersrationierung im Bereich der Medizin ist auch jenseits des Triage-Falls grundsätzlich ethisch problematisch, da es sich um eine Stellvertreterdebatte handelt, welche die eigentlich notwendige Auseinandersetzung mit der Frage verdrängt, wie wir als konstitutiv sterbliche Menschen in Würde im Alter leben wollen und wie gesellschaftliche Strukturen entsprechend zu gestalten sind, und da eine fehlende solidarische Finanzierung von Gesundheitsleistungen ab einem bestimmten Alter zu einer Zwei-Klassen-Medizin im Alter führen würde, die niemand möchte. Die medizinischen Fachgesellschaften, der Deutsche Ethikrat, die Bundesärztekammer und das Bundesverfassungsgericht sind sich einig: Weil kein Menschenleben mehr wert ist als ein anderes, kommen weder das kalendarische Alter noch irgendwelche sozialen Merkmale, wie Geschlecht, Nationalität, Behinderung oder sozialer Status, als Kriterien bei einer Triage in Frage. Insofern ist das entsprechende Diskriminierungsverbot zurecht ein wichtiger Bestandteil des neuen Gesetzes.

Es bleibt noch die vierte Möglichkeit: Medizinische Kriterien. Nachdem die anderen Kriterien sämtlich als ethisch problematisch bewertet werden mussten, stellt es keine Überraschung dar, dass die medizinischen Kriterien am ehesten überzeugen. Das sieht auch das Bundesverfassungsgericht so und dem ärztlichen Selbstverständnis entspricht es sowieso. Die meisten Ethikerinnen und Ethiker würden wahrscheinlich der Einschätzung zustimmen, dass alle bisherigen Versuche, eine Priorisierung von Gesundheitsleistungen auf nichtmedizinischen Kriterien zu basieren, als gescheitert gelten dürfen.¹⁷ Allerdings darf man nicht dem verbreiteten Missverständnis erliegen, medizinische Kriterien wären wissenschaftlich objektiv und ethisch neutral. Die klassischen medizinischen Kriterien bei Priorisierungsfragen sind die Schwere des Behandlungsbedarfs, die Dringlichkeit der Behandlung und die erwartbare Effektivität der Behandlung. Diese Kriterien sind maßgeblich bei der ethischen Frage danach, welche medizinischen Leistungen auch künftig unbedingt solidarisch finanziert werden sollten. Sie sind maßgeblich bei der militärischen Triage, bei der Triage in Notaufnahmen von Krankenhäusern und auch schon vor der neuen Gesetzgebung bei der Triage in unserem Covid-Fallbeispiel. Aber diese Kriterien werden je nach Situation jeweils unterschiedlich gewichtet und inhaltlich gefüllt.

Nur in Extremsituationen (Pandemie, Katastrophe, Krieg) und wenn es um die Frage geht, für welche der Personen in akuter Lebensgefahr bei absoluter Ressourcenknappheit Rettungsversuche unternommen werden sollen, wird das Kriterium der Effektivität nach verbreiteter ethischer Intuition zum entscheidenden Kriterium und bedeutet hier so viel wie Überlebenschance. In allen anderen Situationen wäre es ethisch fragwürdig, Patientinnen und Patienten mit einem schweren Behandlungsbedarf und einer hohen Behandlungsdringlichkeit die Behandlung vorzuenthalten, weil die Erfolgsaussicht der Behandlung niedrig ist. Aber selbst bei solchen Fällen wie der Triage im Covid-Beispiel sollte die Überlebenschance nicht das einzige Kriterium sein, wenn auch das wichtigste. Die Schwere des Behandlungsbedarfs und die

¹⁷ Vgl. *Michael Rosenberger*, Priorisierung von Gesundheitsleistungen: Die beste Medizin für alle –um jeden Preis?, in: *Deutsches Ärzteblatt* 103/12 (2006), 764-767, hier: 766.

Dringlichkeit der Behandlung sollten zumindest mit in die Abwägung einfließen, damit nicht von vorneherein eine Kategorie hoffnungsloser Fälle entsteht, die niemals eine Chance haben, bei der Auswahl berücksichtigt zu werden. Außerdem darf das Kriterium der Effektivität oder Erfolgsaussicht nicht über den unmittelbaren Behandlungskontext ausgeweitet werden. Sonst würde dies zu einem pauschalen Ausschluss bestimmter Patientengruppen führen. Wenn zusätzliche Erkrankungen oder Behinderungen pauschal (und eventuell beeinflusst durch unbewusste Stereotype) als Faktor für schlechte Genesungsaussichten oder eine langfristig schlechte Lebensqualität gewertet würden und zu einem Behandlungsausschluss führten, dann würden sich genau diejenigen Diskriminierungs-Risiken realisieren, die aus Sicht des Bundesverfassungsgerichts unbedingt ausgeschlossen werden sollten. Der allgemeine Gesundheitszustand fließt in die Bewertung der klinischen Erfolgsaussicht ein, die im Einzelfall jeweils aus dem Zusammenspiel verschiedener Faktoren abgewogen werden muss und unvermeidlich auch subjektive Einschätzungen der jeweiligen Entscheidungsperson beinhaltet. Die Bundesärztekamm befürwortet in diesem Sinne die „aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit“ als Zuweisungs-Kriterium des neuen Triage-Gesetzes, betont aber zugleich mit Recht, dass dieses „nur als abstrakte Rahmenvorgabe des Gesetzgebers verstanden werden [könne, und] durch die Feststellung des Standes der medizinischen Wissenschaft fachlich ausgefüllt und operationalisiert werden muss“¹⁸.

Das medizinische Kriterium der Effektivität (oder Wirksamkeit oder Erfolgsaussicht) ist nämlich komplex und alles andere als wissenschaftlich objektiv oder ethisch neutral.¹⁹ Effektivität kann quantitativ bestimmt werden (zum Beispiel Überlebenswahrscheinlichkeit) oder qualitativ (zum Beispiel Nützlichkeit der Wirkung). Um die Nützlichkeit einer Behandlung zu bewerten, muss man irgendeine bestimmte Vorstellung davon zugrunde legen, was gut für den Menschen ist (beispielsweise länger leben mit niedriger Lebensqualität oder kürzer leben mit hoher Lebensqualität). Das Urteil über die Effektivität einer medizinischen Behandlung ist angesichts immer neuer Erkenntnisse veränderlich und kann oft erst im Nachhinein oder überhaupt nicht mit Sicherheit gefällt werden. Lebensqualität kann nie objektiv bewertet werden und darf nicht mit Lebenswert verwechselt werden. Die Orientierung an Effektivität überhaupt ist bereits Ausdruck einer philosophisch-ethischen Grundentscheidung im Sinne eines utilitaristischen Denkansatzes. Dieser Denkansatz ist nicht grundsätzlich verwerflich und seine Vertreterinnen und Vertreter denken in der Regel weitaus differenzierter als ihre Kritiker es ihnen unterstellen. Gleichwohl ist er ethisch und auch aus Sicht der deutschen Verfassung insofern ambivalent, als er nicht vom unbedingten Schutz des individuellen Lebens, sondern von der Maximierung des Gesamtnutzens her denkt und dabei in Kauf nimmt, dass einzelne zum Objekt und ihr Leben zur Abwägungsmasse gemacht werden könnten. Auch hier gilt wieder, dass manche Ansätze, die in der Alltagsmedizin ethisch nicht akzeptabel sind, in Triage-Situationen vertretbar erscheinen.

3. Weitere ethische Aspekte

Beim Beschluss der Bundesregierung zum Triage-Gesetz ging es, wie deutlich wurde, um komplexe ethische Fragen. Da sich in ethischen Fragen niemals alle einig sein werden, ist das Verfahren maßgeblich, wie genau man hier zu einer Entscheidung kommt. Wer entscheidet? Wer wird auf welche Weise in die Entscheidungsfindung einbezogen? In einem solidarisch finanzierten Gesundheitswesen in einem demokratischen Staat kommen als Entscheidungsträger für Triage-Kriterien eigentlich nur demokratisch legitimierte Institutionen, also der Gesetzgeber, in Frage. Aber in diesem Fall kommt das besondere juristische Problem hinzu, dass der Gesetzgeber gemäß der deutschen Verfassung Leben nicht bewerten und gegeneinander abwägen darf, weil dies in Spannung zum Menschenwürde-Artikel steht. Dass unsere Verfassung hier so streng ist, wenn es um das Verbot für den Staat geht, menschliches Leben zu

¹⁸ Vgl. *Bundesärztekammer* (Anm. 9), 9.

¹⁹ Vgl. *Alexander Dietz* (Anm. 12), 338ff.

bewerten oder gar im Vergleich zu anderem menschlichem Leben abzuwerten, sowie um den Schutzanspruch jeden menschlichen Lebens, hat gute historische Gründe. Wie kann der Staat dann überhaupt ein Triage-Gesetz mit konkreten Kriterien formulieren? Einige, beispielsweise die Juristen im Deutschen Ethikrat, forderten, dass er die Kriterien den medizinischen Fachgesellschaften überlassen müsse und sich darauf beschränken solle, ein Diskriminierungsverbot auszusprechen.²⁰ Andere Juristinnen und Juristen sehen aufgrund der absoluten Knappheitssituation in Triage-Kriterien nicht per se eine Gefahr der Menschenwürdeverletzung, solange keine Behandlungen im Sinne der Ex-post-Triage abgebrochen werden. Aber der Gestaltungskorridor für den Gesetzgeber ist verfassungsrechtlich sehr eng und steinig, so dass es nicht verwundert, dass der Prozess sich einige Zeit hinzog. Eine stärkere Beteiligung sowohl von ärztlichen Berufsvertretungen als auch von Behindertenselbstvertretungen im Gesetzgebungsverfahren wäre wünschenswert gewesen.

Gemäß einem deliberativ-demokratischen Ideal wäre ein möglichst breiter gesellschaftlicher Diskurs und die Beteiligung breiter Teile der Gesellschaft erstrebenswert. Erfahrungen in anderen Ländern mit Befragungen und öffentlichen Veranstaltungen zu Fragen der Rationierung im Bereich der Medizin haben jedoch gezeigt, dass man hier nicht zu viel erwarten darf. Viele Menschen plädieren schlicht für solche Kriterien, bei denen die Wahrscheinlichkeit gering ist, dass sie selbst davon betroffen sein werden, und sind bereit, unfaire Verfahren zu billigen.

Auf eine bloße Mehrheitsentscheidung sollte man in dieser Frage also nicht setzen.

Alle Akteure sind sich einig, dass primär alles getan werden muss, um eine Triage-Situation zu vermeiden. Meist gelang dies in Deutschland bei der Covid-19-Pandemie bisher durch den Aufschub nicht zeitkritischer Behandlungen. Dazu gehört auch, dass Menschen, die keine intensivmedizinischen Maßnahmen wünschen, dazu ermutigt werden, eine Patientenverfügung auszufüllen und dass sichergestellt wird, dass dieser Patientenwille bei einer Einlieferung berücksichtigt wird. Und dazu gehört weiterhin, dass gesundheitspolitische Rahmenbedingungen keine Anreize dazu setzen, aus ökonomischen Gründen Kapazitäten zu stark zu reduzieren. Schließlich gehört dazu eine intensive Netzwerkbildung der Kliniken sowie eine gute Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Bereich. Neben der Information über freie Behandlungsplätze in anderen Kliniken müssen natürlich auch die Kapazitäten für die Verlegung intensivpflichtiger Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht ausgebaut werden. Wenn das alles nicht ausreicht und es doch zur Triage-Situation kommt, sind alle Beteiligten in einer ethischen Dilemma-Situation. Der in der Alltagsmedizin fest etablierte Gleichheitsgrundsatz kann dann nicht aufrechterhalten werden. Trotz des allgemeinen Interesses an einer Hilfeleistung für alle, muss diese in einigen Fällen ausgesetzt werden. Ein basales Gut, das jedem Menschen geschuldet ist, wird einigen verweigert. Auch die ethisch besten Kriterien, auch die vernünftigste Gesetzgebung können dieses Dilemma nicht auflösen. Sie können das Grundproblem, nämlich den Mangel an lebensrettenden Behandlungsmaßnahmen, nicht lösen. Das Recht stößt an seine Grenzen. Die Triage bleibt immer ethisch ambivalent. Die Personen, die die notwendigen Entscheidungen treffen, machen sich unweigerlich ethisch die Hände schmutzig und müssen für sich Wege finden, damit umzugehen. Insbesondere evangelische Ethik geht nicht davon aus, dass es für komplexe ethische Dilemma-Situationen immer die eine richtige Antwort gibt, sondern dass der Kompromiss, die Ambivalenz und auch das Sich-Schuldigmachen zum verantwortlichen Leben dazugehören – zumindest solange wir in der erlösungsbedürftigen Welt und nicht im Reich Gottes sind.²¹ Es werden in jedem Fall Verlierer produziert. Es werden Menschen schmerzliche Lasten aufgebürdet. Dieses Leid muss artikuliert werden, auch in der ethischen Debatte. Das betonen insbesondere Vertreterinnen und Vertreter der so genannten Sorgeethik. Sie werfen der traditionellen Ethik, die sich an abstrakten Gerechtigkeitsgrundsätzen orientiert, vor, sich zu wenig für das Leid zu interessieren, das

²⁰ Vgl. *Deutscher Ethikrat* (Anm. 4), 3.

²¹ Vgl. *Dietrich Bonhoeffer*, *Ethik*, München 1985, 71f. und 238ff.

als Schatten der Gerechtigkeit entsteht. Der Sorgeethik geht es weniger um die Auflösung ethischer Konflikte als um die Würdigung von deren notorischer Komplexität.²²

Schuldgefühle oder posttraumatische Belastungsstörungen treten bei den Beteiligten an Triage-Situationen, insbesondere bei den Entscheidern, häufig auf. Soweit das möglich ist, sollten die entscheidenden Personen entlastet werden. Insbesondere durch eine personelle Trennung der klinischen Versorgung von der Entscheidungsfindung oder durch ein Mehraugenprinzip, wie es das neue Gesetz fordert, durch Beratung im interprofessionellen Team sowie durch ein Ethikkomitee bei der individuellen Einschätzung von Indikation und Erfolgsaussicht, durch transparente Standards im Sinne eines vorab definierten und schriftlich allen zugänglich gemachten Verfahrens der Entscheidungsfindung mit klar geregelten Verantwortlichkeiten sowie Vorgehensweisen zum Umgang mit einem möglichen Dissens und nicht zuletzt durch das Angebot psychosozialer Unterstützung – das auch Angehörigen der Patientinnen und Patienten nicht vorenthalten werden sollte.

Im Jahr 1996 erschien ein Aufsatz des Soziologen Volker Schmidt mit dem Titel „Veralltäglichsung der Triage“. Darin wurde die These vertreten, dass die Selektion der Empfänger medizinischer Behandlungen, die bisher Extremsituationen vorbehalten war, zunehmend zu einem Bestandteil des medizinischen Normalbetriebs werden dürfte.²³ Fünf Jahre später veröffentlichte die Ethikerin Weyma Lübke einen Aufsatz unter dem gleichen Titel, allerdings mit einem Fragezeichen. Darin problematisiert sie die zunehmende Übertragung der für Ausnahmesituationen geschaffenen Triage-Verteilungsregeln auf die Alltagsmedizin, da die ethischen Implikationen und Folgen der Triage-Verteilungsregeln ausschließlich in Ausnahmesituationen plausibel seien.²⁴ Die Bedeutung dieser Unterscheidung kann kaum überschätzt werden. Auf der einen Seite gibt es Rationierungsentscheidungen im Bereich der deutschen Gesundheitspolitik aufgrund einer *relativen* Knappheit von Ressourcen.²⁵ Wir müssen entscheiden, wie viel uns unsere Gesundheitsversorgung wert ist und wie wir diese Mittel auf verschiedene Versorgungsbereiche und Patientengruppen aufteilen möchten. Ob Rationierung im Sinne einer Vorenthaltung medizinisch notwendiger Leistungen unvermeidbar oder wünschenswert ist, hängt von der Weite der Definition von medizinischer Notwendigkeit ab und von den so genannten Opportunitätskosten – also ob wir auf das verzichten wollen oder nicht, was wir mit dem Geld stattdessen auch finanzieren könnten. Im Blick auf die gegenwärtige ökonomische Situation ist eine Vorenthaltung von Behandlungen für einzelne bei schwerem und dringlichem Behandlungsbedarf im Normalfall weder notwendig noch mehrheitsfähig noch rechtlich oder ethisch akzeptabel. Auf der anderen Seite gibt es die Notwendigkeit der Triage in Ausnahmesituationen aufgrund einer *absoluten* Knappheit von Ressourcen. Hier ist eine Vorenthaltung von Behandlungen für einzelne trotz schwerem und dringlichem Behandlungsbedarf sowohl notwendig als auch mehrheitsfähig und rechtlich wie ethisch akzeptabel. Wenn wir alle alltäglichen medizinischen Allokationsentscheidungen als Triage bezeichnen, verwischen wir diese wichtige Unterscheidung. Manche Diskursteilnehmer sind möglicherweise daran interessiert, durch die Verwendung bestimmter Begriffe ihre Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner zu verwirren oder zu manipulieren. Wie plausibel es ist, dass im deutschen Gesundheitswesen rationiert werden muss, und welche Kriterien dafür gegebenenfalls akzeptabel sein sollen, hängt maßgeblich von der Verwendung und inhaltlichen Füllung bestimmter Begriffe ab, die jeweils bestimmte Assoziationen und Emotionen wecken – wie

²² Vgl. Matthias Wirth, Der Rigor der Gerechtigkeit. Eine an der Triage in der COVID-19-Pandemie orientierte theologische Analyse, in: ZEE 65 (2021), 202–214, hier: 206.

²³ Vgl. Volker Schmidt, Veralltäglichsung der Triage, in: Zeitschrift für Soziologie 25 (1996), 419–437, hier: 434.

²⁴ Vgl. Weyma Lübke, Veralltäglichsung der Triage? Überlegungen zu Ausmaß und Grenzen der Opportunitätskostenorientierung in der Katastrophenmedizin und ihrer Übertragbarkeit auf die Alltagsmedizin, in: Ethik in der Medizin 13 (2001), 148–160.

²⁵ Vgl. zum Folgenden Alexander Dietz (Anm. 12), 358ff.

Knappheit oder Triage. Wissenschaftliche Ethik muss dafür sorgen, dass relevante Unterscheidungen bewusst bleiben.

Evangelische Ethik ist solidarisch mit Schwachen, Armen und Ausgegrenzten und fragt nach den Auswirkungen gesellschaftlicher Rahmenbedingungen insbesondere für diese Menschen. Darum ist der Schutz kranker, behinderter und alter Menschen vor Diskriminierung im Triage-Verfahren auch aus evangelischer Perspektive besonders wichtig. Und evangelische Ethik bringt ein christliches Menschenbild ins Gespräch. Das nicht vom starken, perfekten oder zu optimierenden Menschen ausgeht, sondern davon, dass Schwäche und Abhängigkeit zum Leben gehören (dürfen) und dass der Mensch nicht perfekt sein kann oder sein muss. Es betont die unbedingte Würde jedes Menschen, die ihren Grund in der Bestimmung durch Gott hat und darum nicht von den Eigenschaften, Fähigkeiten oder Leistungen eines Menschen abhängt. Also auch nicht vom momentanen Grad seines Gesundheitszustandes, von seinem vermeintlichen Wert für das Gemeinwesen oder von seinem Impfstatus. Insgesamt kann das neue Triage-Gesetz aus der Perspektive theologischer Ethik sowohl im Blick auf das gewählte Zuteilungskriterium als auch im Blick auf die Betonung des Diskriminierungsschutzes als Zustimmungswürdig angesehen werden – bei aller nicht aufhebbaren Ambivalenz.

Basic Ethical Thoughts on Triage Legislation. Against the background of experiences with the Covid-19 pandemic, the German Federal Government passed a so-called triage law in November 2022. The short-term probability of survival of the patients is defined as the allocation criterion in a shortage situation. In addition, discrimination against disabled people is ruled out. The article places this legislation in the broader context of the medical-ethical debate on rationing and gives a positive overall assessment of the law.

Prof. Dr. theol. habil. Alexander Dietz, geb. 1976, ist Professor für Systematische Theologie und Diakoniewissenschaft an der Hochschule Hannover, Fakultät V, Blumhardtstraße 2, 30625 Hannover. E-Mail: alexander.dietz@hs-hannover.de