

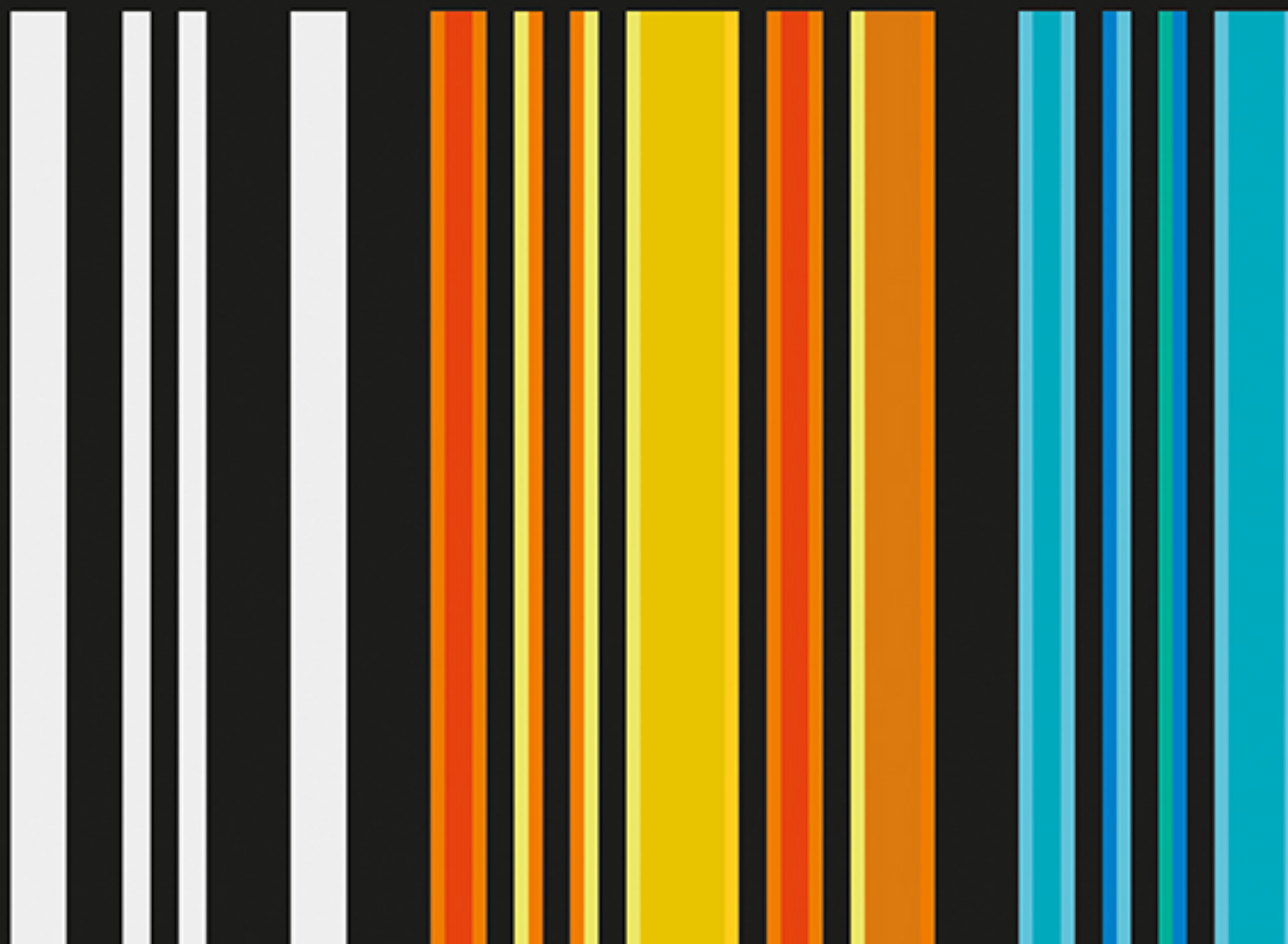
[Was bedeutet das alles?]

Adriano Mannino

**Wen rette ich –
und wenn ja, wie viele?**

Über Triage und
Verteilungsgerechtigkeit

Reclam



Adriano Mannino

Wen rette ich, und wenn ja, wie viele?

Über Triage und Verteilungsgerechtigkeit

Reclam

E-Book-Leseproben von einigen der beliebtesten Bände unserer Reihe [Was bedeutet das alles?] finden Sie [hier](#) zum kostenlosen Download.

2021 Philipp Reclam jun. Verlag GmbH,
Siemensstraße 32, 71254 Ditzingen
Covergestaltung: Cornelia Feyll, Friedrich Forssman
Gesamtherstellung: Philipp Reclam jun. Verlag GmbH,
Siemensstraße 32, 71254 Ditzingen
Made in Germany 2021
RECLAM ist eine eingetragene Marke der Philipp
Reclam jun. GmbH & Co. KG, Stuttgart
ISBN 978-3-15-961841-8
ISBN der Buchausgabe 978-3-15-014068-0
www.reclam.de

Inhalt

Vorwort

**1. Zum Ursprung der Triage in der Kriegsmedizin
oder: Sind wir Ärzt*innen auf dem Schlachtfeld
einer Notstandswelt?**

2. Triage-Verfahren und -Kriterien

3. Die Begründungslogik der Triage

3.1 Katastrophenfall versus Normalfall

3.2 Reale und hypothetische Konsense

3.3 Das gerechte Los: Mit Leben würfeln?

3.4 Bedürftigkeit

**3.5 Ungleichheit und Vorrang der
Schlechtergestellten**

**3.6 Intuitionen zur Aufrechenbarkeit von
Menschenleben**

3.7 Zwischenfazit: Ethische Triage-Kriterien

4. Triage zwischen Ethik, Recht und Gesellschaft

4.1 Das Alterskriterium und das Recht

4.2 Rechtfertigbarkeit gegenüber allen Bürger*innen

4.3 Ex-post-Triage

4.4 Töten und Sterbenlassen

4.5 Tun und Unterlassen

4.6 Individualrechte, Gesamtzustände und Vertrauensschutz

4.7 Das Trauma der Triagierenden

5. Von der Mikro- zur Makro-Triage

5.1 Risikogruppen

5.2 Wahrscheinlichkeiten versus Schadensausmaße

5.3 Humanexperimente in der Impfstoffforschung

5.4 Der Preis eines Menschenlebens

5.5 Wen rette ich, und wie viele?

Bibliographie

Danksagung

Zum Autor

Manche Leute glauben, dass es in der Ethik keinen Fortschritt geben kann, da alles schon gesagt wurde. Mit Rawls und Nagel glaube ich das Gegenteil. [...] Wir können noch nicht vorhersagen, ob wir, wie in der Mathematik, alle zur Übereinstimmung gelangen werden. Da wir nicht wissen können, wie sich die Ethik weiterentwickeln wird, ist es nicht unvernünftig, große Hoffnungen zu hegen.

Derek Parfit

1

Vorwort

Die Frage, wie knappe medizinische Ressourcen im Falle eines Massenandrangs von Patient*innen zu verteilen sind, hat unsere Gesellschaften seit der ersten Corona-Welle intensiv beschäftigt. Was tun, wenn die Beatmungsplätze oder das Personal auf den Intensivstationen plötzlich nicht mehr ausreichen, um alle Patient*innen zu behandeln, wenn manche Patient*innen also notgedrungen aussortiert werden müssen? Ist es zulässig, die Patient*innen nach bestimmten Kriterien in vor- und nachrangige Gruppen einzuteilen? Oder wäre es gerecht, per Zufallsverfahren zu entscheiden, so dass jede Person die gleiche Überlebenschance erhält? Und was schulden wir jenen, die solch tragische Entscheidungen über Leben und Tod treffen müssen?

Wir hatten es in diesen Fragen verpasst, ethisch und rechtlich auf Vorrat zu denken, und waren deshalb gezwungen, gesellschaftlich unter Zeitdruck zu philosophieren. **2** Das ist problematisch, denn ethische Verständigung braucht Zeit, wenn sie tragfähig sein soll. Wir sind uns ethisch – seit mehr als 2500 Jahren – oft uneins und werden doch den Eindruck nicht los, es gebe bessere und schlechtere Antworten auf ethische Fragen, die wir auch auffinden oder ausarbeiten können. (Wie sonst wären die Phänomene des historischen moralischen

Fortschritts und der individuellen moralphilosophischen Einsicht zu erklären?) Und dennoch werden wir unsere Meinungsverschiedenheiten so schnell nicht überwinden, sondern müssen Wege finden, unter den Bedingungen ethischer Unsicherheit und Uneinigkeit gesellschaftlich vernünftig zu handeln.

Die Medizinethikerin Bettina Schöne-Seifert kommentierte das Geschehen während der ersten Corona-Welle im Frühjahr 2020 hellsichtig: »Die Tragik theoretischer Meinungsverschiedenheiten in Ethik und Recht ist mit Wucht in der Wirklichkeit angekommen.« **3**

Der vorliegende Essay versteht sich als Beitrag zum Umgang mit diesen Meinungsverschiedenheiten. Vielleicht gelingt es, den einen oder anderen Dissens zumindest abzuschwächen und die Debatte fruchtbar fortzuspinnen. Wir treten dazu in ein systematisches Gespräch mit Ethiker*innen, Jurist*innen, Mediziner*innen, Journalist*innen und weiteren Denker*innen ein, die unlängst mit den Fragen gerungen haben, die Triage-Situationen uns aufgeben.

1. Zum Ursprung der Triage in der Kriegsmedizin oder: Sind wir Ärzt*innen auf dem Schlachtfeld einer Notstandswelt?

Leichen und Verletzte, so weit das Auge reicht. Dominique Jean Larrey (1766–1842) versucht, sich auf dem Schlachtfeld zu orientieren. Wo beginnen? Wie dem unermesslichen Leid begegnen? Der militärische Chefarzt Napoleons weist seine Leute an, die verletzten Soldaten – unabhängig von Nationalität und militärischem Rang – in drei Gruppen einzuteilen. Erstens die Schwerverletzten, die noch gerettet werden können; zweitens die Leichtverletzten; drittens die Schwerverletzten, denen aller Wahrscheinlichkeit nach nicht mehr (rechtzeitig) geholfen werden kann. Damit die Leichtverletzten sich nicht unerkannt Zugang zu den für Schwerverletzte reservierten Ressourcen verschaffen können, werden alle Soldaten mit einem Farbklecks markiert, der sie einer Gruppe zuordnet.

Die extensiven Feldzüge der französischen Revolutionsarmeen während der Koalitionskriege (1792–1815) führten zu verschiedenen Neuerungen im militärischen Sanitätswesen, zu denen Larrey entscheidend beitrug. Unter anderem verbesserte er mit seinen *ambulances volantes* (den fliegenden Lazaretten, die für

das Rote Kreuz zum Vorbild wurden) den Transport verwundeter Soldaten und erzielte mit Triage-Methoden **4** beachtliche Erfolge: Bis zu 80 % der von ihm Amputierten überlebten, was die damals übliche Erfolgsquote weit überstieg. Er war hochgeschätzt bei Freund und Feind **5** und starb im relativ hohen Alter von 76 Jahren.

Wie viele seiner Kollegen hatte Larrey einen dezidiert humanitären, ethischen Fokus: Es ging ihm darum, frei von Diskriminierung möglichst viele Leben zu retten. Dass diese ethische Logik mit der militärisch-strategischen in Konflikt geraten kann, zeigte sich schnell. So wirkten die französischen Generäle oft darauf hin, dass die leichtverletzten französischen Soldaten zuerst behandelt wurden, weil diese – im Gegensatz zu den schwerverletzten – schnell wieder an die Kriegsfrente zurückkehren konnten.

Strategische Erwägungen dieser Art können auch ethische Komplikationen erzeugen: Nehmen wir an, eine Kriegspartei führe einen gerechten Krieg gegen eine Armee, die von einem tyrannischen Menschenschlächter angeführt wird. In diesem Fall scheint es auch ethisch höchst bedeutsam, die erfolgversprechendste Kriegsstrategie zu unterstützen, eben um den Tyrannen zu besiegen und zu stürzen. Doch wie können Ärzt*innen ihrem Berufsethos unter solchen Bedingungen gerecht

werden? Der Hippokratische Eid wies die medizinische Zunft an, Menschen bestmöglich »vor Schaden und willkürlichem Unrecht« zu bewahren. Es ist leider nicht ausgeschlossen, dass dieser Imperativ manchmal nahelegt, prioritär darauf hinzuwirken, dass (eigene) leichtverletzte Soldaten schnellstmöglich wieder einsatzbereit sind, während schwerverletzte Soldaten sterben, die hätten gerettet werden können.

Ähnlich können Naturkatastrophen die Frage aufwerfen, ob sogenanntes systemrelevantes Personal im Triage-Fall bevorzugt behandelt werden sollte, damit es schnellstmöglich an die »Front« zurückkehren kann, etwa im »Krieg« gegen ein aggressives Virus, dessen exponentielle Ausbreitung die Intensivstationen überlastet.

Ob militärisch oder zivil, das erste Gebot der Triage muss lauten: *Vermeide es nach Kräften, triagieren zu müssen*. Im Kontext einer Pandemie bedeutet dies: wirksame Prävention (etwa durch Impfstoffforschung und -produktionskapazitäten, Maskenvorräte, Teststrategien, Tracking-Apps, Reisesperren und Quarantänemaßnahmen), frühzeitige Lockdowns, die Aufstockung der Intensivbetten und als *ultima ratio* die Notverlegung von Patient*innen in Krankenhäuser, die noch Betten freihaben. Letzteres ist insbesondere während der ersten Corona-Welle in Europa nicht hinreichend geschehen – mit tragischen Folgen. **6**

Reichen die lebensrettenden Ressourcen am Ende trotzdem nicht für alle Patient*innen aus, stellt sich die Frage: Darf man – ethisch und rechtlich gesehen – bestimmte Auswahlkriterien anwenden, und wenn ja, welche?

Dieser Frage stellen wir uns in den folgenden Kapiteln. Wir konzentrieren uns zunächst auf die »Mikro-Triage«, also die Triage im engeren Sinne, wie sie im Feldlazarett oder auf der Intensivstation erforderlich werden kann. Wen sollen wir in solchen Situationen retten, und wie viele? Was bedeutet Verteilungsgerechtigkeit im Notstand, wenn die lebensrettenden Ressourcen knapp sind?

Kapitel 2 gibt einen Überblick über die möglichen Triage-Verfahren und -Kriterien, wie sie im Kontext der Pandemie Gegenstand einer öffentlichen Debatte waren und sind.

Kapitel 3 stößt zu den ethischen Grundfragen vor, von denen die Legitimität der kontroversen Triage-Kriterien abhängt.

Kapitel 4 fragt nach dem Verhältnis von Ethik und Recht im vorliegenden Kontext: Gibt es Gründe, das Triage-Recht von der Triage-Ethik abweichen zu lassen, so dass strittige Triage-Kriterien ethisch zwar plausibel wären, rechtlich aber nicht geboten oder gar verboten sein sollten?

Im letzten Kapitel schließlich weiten wir den Blick und erörtern Fragen der gesellschaftlichen »Makro-Triage«,

insbesondere: Wie sind »Risikogruppen« zu bestimmen, denen Schutzressourcen (etwa: Impfstoffe) prioritär zukommen sollen? Und wem ist in globaler Perspektive zu helfen, wenn Phänomene wie extreme Armut, Flucht und Migration oder Umweltschäden weit mehr Opfer fordern, als unsere Hilfsressourcen verhindern können? Sind wir gleichsam Ärzt*innen auf dem Schlachtfeld einer Notstandswelt? Müssen wir im Grunde jederzeit triagieren, wenn wir für irgendetwas Geld ausgeben oder Zeit aufwenden, und uns fragen: Wem helfe ich, und wenn ja, wie vielen?

Gemäß den jüngsten Zahlen der Weltbank leben zwei Drittel der Weltbevölkerung von weniger als 10 US-Dollar pro Tag. Jeder zehnte Mensch – über 700 Millionen – lebt in extremer Armut, d. h. unterhalb der Schwelle von 1,90 US-Dollar pro Tag. **7** Dabei gilt es zu bedenken, dass die genannten Dollar-Zahlen kaufkraftbereinigt bestimmt werden, so dass die tieferen Lebenshaltungskosten in Entwicklungsländern bereits mitberücksichtigt sind. Die zwei Dollar entsprechen demnach dem Warenkorb, den man in westlichen Ländern mit zwei Dollar erwerben kann. Wer jeden Tag von diesem Betrag leben muss, kann sich nicht gesund ernähren, hat kaum sanitäre Anlagen und kann sich keine gesundheitlichen Güter leisten. An den Folgen sterben stündlich über 700 Kinder.

Die Summe, die westliche Staaten zur Linderung dieses unvorstellbaren Leids ausgeben, ist angesichts unseres Reichtums winzig. Im Jahr 2016 belief sich die öffentliche Entwicklungszusammenarbeit der OECD-Staaten auf lediglich 0,32 % ihres aufgerechneten Bruttoinlandsprodukts. Nach Schätzung vieler Ökonom*innen, NGOs und staatlicher Stellen würde ein jährlicher Betrag von weniger als 200 Milliarden US-Dollar ausreichen, die extreme Armut zu beenden. Dieser Betrag entspräche zusätzlichen 0,5 % des Bruttoinlandsprodukts der Vereinigten Staaten und der Europäischen Union.

Können wir es vor diesem Hintergrund verantworten, im Rahmen einer alltäglichen »Makro-Triage« uns selbst Ressourcen zuzuteilen, die wir gar nicht dringend benötigen und die anderswo viele Menschenleben retten würden? Diese Frage versuchen wir im Schlusskapitel zu beantworten.

2. Triage-Verfahren und -Kriterien

Wir begegnen häufig der Situation, dass ein hohes Patientenaufkommen auf begrenzte medizinische Ressourcen trifft. Auch im Normalfall verfügen Krankenhäuser nur über eine begrenzte Anzahl an Ärzt*innen, Pflegekräften und stationären Betten, so dass die Patient*innen vor- beziehungsweise nachrangig behandelt werden müssen. Im Gegensatz zum Katastrophenfall können im Normalfall jedoch meist alle Patient*innen berücksichtigt werden.

Dies gilt allerdings nicht für alle Bereiche der Medizin: In der Transplantationsmedizin beispielsweise herrscht üblicherweise ein Mangel an Spenderorganen, so dass nicht alle Patient*innen versorgt bzw. gerettet werden können. Die Frage nach der ethisch vertretbaren Priorisierung knapper medizinischer Hilfeleistungen ist also keineswegs neu. Im Angesicht des drohenden Kollapses der Krankenhäuser durch eine nicht mehr bewältigbare Zahl von Covid-Intensivpatient*innen hat sich diese Frage dem öffentlichen Diskurs jedoch mit unerwarteter Dringlichkeit gestellt.

Während der ersten Welle (im April 2020) setzte sich der Journalist und Essayist Florian-Felix Weyh extensiv mit den möglichen Auswahlverfahren und -kriterien auseinander,