

Christian Peter

## Wie begrenzte Ressourcen zugeteilt werden sollen

### Die Covid-19-Triage-Richtlinie der SAMW zur Verteilung von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit

---

Durch Covid-19 steigt der Bedarf an intensivmedizinischen Behandlungen. Das Angebot ist jedoch begrenzt. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften macht zusammen mit der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) einen Vorschlag, wie bei einer Zuteilung vorzugehen ist. Der vorliegende Beitrag beleuchtet diese Covid-19-Triage-Richtlinie und stellt Überlegungen an, ob die Autonomie der Patienten genügend Beachtung findet und ob zu Recht das Prinzip der «möglichst vielen geretteten Leben» propagiert wird.

---

Beitragsart: Beiträge

Rechtsgebiete: Gesundheitsrecht

Zitiervorschlag: Christian Peter, Wie begrenzte Ressourcen zugeteilt werden sollen, in: Jusletter 14. April 2020

## Inhaltsübersicht

1. Ausgangslage
2. Die Covid-19-Triage-Richtlinie
  - 2.1. Aufbau der Richtlinie
  - 2.2. Triagevorgaben von Ziffer II
    - 2.2.1. Geltungsbereich und ethische Grundprinzipien
    - 2.2.2. Kriterien für die Triage
    - 2.2.3. Triageentscheidungen
      - 2.2.3.1. Kriterien für die Aufnahme auf Intensivstationen
      - 2.2.3.2. Triage während des Intensivpflegeaufenthaltes
    - 2.2.4. Entscheidungsverfahren
3. Bemerkungen zur Richtlinie
  - 3.1. Der Wille des Patienten
  - 3.2. Normative Überlegungen
    - 3.2.1. Allgemeine Überlegungen
    - 3.2.2. Möglichst viele gerettete Leben als Kriterium
  - 3.3. Alternativen
4. Schlussbemerkungen

### 1. Ausgangslage

[1] Die Ausbreitung des Coronavirus (SARS-CoV-2) führt zu einem erhöhten Bedarf an intensivmedizinischen Ressourcen (Personal, Medizintechnik, Infrastruktur etc.). Es sind Situationen vorstellbar, in denen der individuelle Behandlungsbedarf nicht von den vorhandenen Ressourcen gedeckt werden kann. Dies hat die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) und die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften veranlasst, Ziffer 9.3 «Ressourcenknappheit und Triage» in der SAMW-Richtlinie «Intensivmedizinische Massnahmen» aus dem Jahre 2013 zu präzisieren. Im Folgenden wird diese Richtlinienpräzisierung, die den Titel «Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit» trägt, als Covid-19-Triage-Richtlinie bezeichnet.<sup>1</sup>

[2] Das durch die Ausbreitung des Coronavirus stark belastete medizinische Personal auf den Intensivstationen soll durch gesamtschweizerische Kriterien für die Aufnahme und den Verbleib von Patientinnen und Patienten bei knappen Ressourcen bei seinen schwierigen Triage Entscheidungen entlastet werden. Für die Patientinnen und Patienten wiederum bietet die Covid-19-Triage-Richtlinie Nachvollziehbarkeit in der konkreten Situation und hoffentlich empfundene Gerechtigkeit (natürlich nur in Bezug auf die Triage). Dies erscheint in einer Zeit wie der jetzigen besonders wichtig, in der die Bevölkerung als Ganzes im Fokus steht und nicht das leidende Individuum.

[3] Verschiedene Triage-Optionen stehen bereit. Soll weiter wie bei Normalbedingungen das etablierte Prinzip des «first come, first serve» gelten? Soll das Los entscheiden, die Anzahl rettbarer Lebensjahre, das Alter einer Person. Spielt der Nutzen einer Person für die Gesellschaft eine Rolle, wie er oder sie sich im bisherigen Leben verhalten hat oder geht es darum, möglichst viele Leben zu retten?

---

<sup>1</sup> Dies im Wissen, dass es keine eigenständige Richtlinie ist, sondern lediglich Hinweise zur Umsetzung von Kapitel 9.3. der SAMW-Richtlinie Intensivmedizinische Massnahmen enthält.

## **2. Die Covid-19-Triage-Richtlinie**

### **2.1. Aufbau der Richtlinie**

[4] Das Dokument das den etwas sperrigen Haupttitel «Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit» und den Untertitel «Hinweise zur Umsetzung Kapitel 9.3. der SAMW-Richtlinien Intensivmedizinische Massnahmen (2013)» trägt<sup>2</sup> (nachfolgend «Covid-19-Triage-Richtlinie») ist in drei Teile unterteilt. In Ziffer I wird der Hintergrund dargelegt und darauf hingewiesen, dass die Richtlinie laufend angepasst werden kann. In Ziffer III befinden sich die Anhänge mit der Literatur und Hinweisen zur Ausarbeitung der Richtlinie und dazwischen in Ziffer II werden die eigentlichen Triage-Vorgaben definiert.

[5] Dieser Aufbau orientiert sich stark am Aufbau der medizin-ethischen Richtlinien der SAMW.

### **2.2. Triagevorgaben von Ziffer II**

#### **2.2.1. Geltungsbereich und ethische Grundprinzipien**

[6] In Ziffer II sind die eigentlichen Vorgaben enthalten. Sie trägt – wie viele Ziffern II der medizin-ethischen Richtlinien der SAMW – den Titel «Richtlinien».

[7] In der Beschreibung des Geltungsbereichs (Ziffer 1) wird dargelegt, dass alle Patientinnen und Patienten, die intensivmedizinische Pflege benötigen, nach denselben Kriterien behandelt werden müssen. Ob jemand aufgrund einer COVID-19-Erkrankung oder aufgrund eines Arbeitsunfalls eingewiesen wird, ist unerheblich.

[8] In Ziffer 2 werden – analog zum Aufbau anderer Medizin-ethischen Richtlinien der SAMW – die ethischen Grundprinzipien dargelegt. Dies obgleich sie bereits in der «Mutterrichtlinie Intensivmedizinische Massnahme» etwas ausführlicher erläutert werden. Es wird daran erinnert, dass die vier weitgehend anerkannten medizin-ethischen Prinzipien (Respektierung der Autonomie, Gerechtigkeit, Gutes tun und Nichtschaden) auch bei Ressourcenknappheit entscheidend sind.

[9] Unter dem Gebot der Gerechtigkeit und des guten Tuns sind bereits die Kerngedanken der Triage enthalten. Die zur Verfügung stehenden Ressourcen sind ohne Diskriminierung zu verteilen, also ohne nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung nach Alter, Geschlecht, Wohnort, Nationalität, religiöser Zugehörigkeit, sozialer Stellung, Versicherungsstatus oder chronischer Behinderung. Zudem müssen sich alle Massnahmen am Ziel der Minimierung der Todesfälle orientieren.

[10] Im Abschnitt zum Schutz der involvierten Fachpersonen wird darauf hingewiesen, dass die Behandelnden vor Ansteckung, physischer und psychischer Überlastung geschützt werden sollen. Diese Ausführungen haben in Bezug auf die Triage bei Ressourcenknappheit nur insofern eine Relevanz, als dass bei einem Ausfall dieser Personen noch eine grössere Ressourcenknappheit zu beklagen wäre.

---

<sup>2</sup> Vorliegend wird die 2., aktualisierte Version vom 24. März 2020 besprochen.

### **2.2.2. Kriterien für die Triage**

[11] In Ziffer 3 werden die Kriterien für die Triage auf der Intensivstation bei Ressourcenknappheit festgelegt. Dabei macht gleich der Titel klar, dass diese Kriterien sowohl für die Aufnahme als auch für den Verbleib auf der Station gelten.

[12] Massnahmen sollen nur ergriffen werden, wenn die Patientin oder der Patient diese will. Ein Hinweis, dass dieser Wille auch in einer Patientenverfügung niedergeschrieben sein könnte, fehlt leider.<sup>3</sup>

[13] Ist die intensivmedizinische Behandlung gewünscht und die Ressourcen knapp, ist eine Triage erforderlich. Für den Triageentscheid ist die kurzfristige Prognose entscheidend. Diejenigen Patientinnen und Patienten sollen aufgenommen werden, deren Prognose im Hinblick auf das Verlassen des Spitals mit Intensivbehandlung gut, ohne diese aber ungünstig ist; Patienten haben also den Vorrang, die am meisten von der Intensivbehandlung profitieren. Entscheidend ist somit die Prognose bezüglich des Überlebens des akuten lebensbedrohlichen Zustands und nicht etwa die mittel- oder längerfristige Lebenserwartung oder gerettete Lebensjahre.

[14] Somit ist, und das wird explizit festgehalten, das Alter per se kein Kriterium. Dem älteren Menschen weniger Wert beizumessen als dem jüngeren, wäre mit dem verfassungsrechtlich verankerten Diskriminierungsverbot nicht vereinbar. Im Rahmen der Prognose kommt dem Alter dennoch eine Bedeutung zu, weil das Alter ein Risikofaktor für die Sterblichkeit ist und daher berücksichtigt werden muss.

### **2.2.3. Triageentscheidungen**

[15] Unter Ziffer 4 «Triage Entscheidungen» wird vorab festgehalten, dass bei Kapazitätsengpässen auf der Intensivstation und in ausgelagerten Betten die erste Massnahme darin besteht, den Parameter der kurzfristigen Prognose zu verschärfen. Ziel ist es, den Nutzen für den einzelnen Patienten und das Patientenkollektiv insgesamt zu maximieren. Es soll so entschieden werden, dass die grösstmögliche Anzahl von Leben gerettet wird.

#### **2.2.3.1. Kriterien für die Aufnahme auf Intensivstationen**

[16] Bei der Aufnahme in die Intensivstation muss die Patientin oder der Patient ein Aufnahmekriterium erfüllen, sei es, dass eine invasive mechanische Beatmung oder eine hämodynamische Unterstützung mit Vasoaktiva nötig ist.

[17] Ist eines der beiden Aufnahmekriterien erfüllt, muss gemäss Covid-19-Triage-Richtlinie geprüft werden, ob ein «Nicht-Aufnahmekriterium» (sprich ein Ausschlusskriterium) vorliegt, das einer Einweisung auf die Intensivstation entgegensteht.

[18] Die Nicht-Aufnahmekriterien variieren, je nach Bettenverfügbarkeit. Es werden zwei Stufen unterschieden:

- Stufe A: Betten für die Intensivpflege verfügbar, aber begrenzte Kapazitäten
- Stufe B: Keine verfügbaren Intensivpflegebetten

---

<sup>3</sup> Hierzu hinten 3.1.

[19] In Phasen der Stufe A wird an erster Stelle der Patientenwillen genannt. Damit ist gemeint, dass sich die betroffene Person in urteilsfähigem Zustand durch Worte oder Zeichen, im Zustand einer Urteilsunfähigkeit mit einer Patientenverfügung gegen eine Aufnahme auf Intensivstationen ausspricht.

[20] Es folgen schwere Vorerkrankungen wie wiederkehrende Kreislaufstillstände, metastasierende onkologische Krankheiten, schwere Demenz oder eine geschätzte Überlebensdauer von weniger als 12 Monaten.

[21] In Phasen der Stufe B, wo keine Betten mehr frei sind, kommen zusätzliche Ausschlusskriterien zum Zug:

- schweres Trauma
- ausgedehnte Verbrennungen von über 40 % der Körperoberfläche
- mittelschwere nachgewiesene Demenz
- Alter höher als 85 Jahre
- Alter höher als 75 Jahre und zusätzlich eines der nachfolgenden Kriterien:
  - Leberzirrhose
  - chronisches Nierenversagen Stadium III (KDIGO)<sup>4</sup>
  - Herzinsuffizienz Stadium NYHA<sup>5</sup> I
- oder eine geschätzte Überlebensdauer von weniger als 24 Monaten.

[22] Auch für Nichtmediziner wird klar, dass in beiden Phasen mit den Kriterien die kurzfristige Prognose und somit das Überleben und nicht die rettbaren Lebensjahre im Fokus steht. So ist selbst eine Lebenserwartung, die nur wenig mehr als 2 Jahre beträgt, kein Nicht-Aufnahmekriterium.

#### **2.2.3.2. Triage während des Intensivpflegeaufenthaltes**

[23] Bei der Triage von Patientinnen und Patienten, welche bereits auf der Intensivpflegestation sind, wird demgegenüber anders vorgegangen.

[24] Mindestens alle 48 Stunden muss beurteilt werden, ob ein Patient die Intensivpflege noch benötigt, resp. ob er noch in den Genuss dieser Behandlung kommt. Dies hat in drei Schritten zu erfolgen.

[25] In einem ersten Schritt sollen Patientinnen und Patienten aus der Intensivpflege entlassen werden, welche extubiert werden und selber oder durch Tracheotomie atmen können.

[26] In einem zweiten Schritt muss das Vorhandensein der beiden nachfolgenden Kriterien gegeben sein, um die Intensivtherapie fortzuführen:

- Stabilisierung oder Verbesserung der Oxygenation und Ventilation oder der zugrundeliegenden Organdysfunktion und
- Stabilisierung oder Verbesserung der Haemodynamik.

---

<sup>4</sup> KDIGO (Kidney Diseases – Improving Global Outcomes) ist die heute gebräuchliche Definition und Stadieneinteilung. Stadium I ist normal, Stadium V bedeutet Nierenversagen.

<sup>5</sup> Die NYHA-Klassifikation ist ein Schema zur Einteilung der Herzinsuffizienz. Stadium I bedeutet keine Einschränkung der Belastbarkeit, Stadium IV bedeutet starke Einschränkung der Belastbarkeit auch in der Ruhe.

[27] Beide Kriterien sind notwendig, um die Intensivtherapie fortzusetzen.

[28] In einem dritten Schritt werden Ausschlusskriterien für die Weiterführung der Intensivtherapie gelistet. Auch hier wird die Stufe A und die Stufe B unterschieden.

[29] In Phasen der Stufe A soll ein auftretender Kreislaufstillstand (ausser die Reanimation ist durch Defibrillation erfolgreich), Persistenz oder die Entwicklung eines signifikanten Dreiorganversagens zum Abbruch der intensivmedizinischen Therapie und zum Start der palliativen Betreuung führen.

[30] In Phasen der Stufe B führen bereits folgende Kriterien zur Verlegung auf die Palliative Care:

- keine Verbesserung der respiratorischen oder hämodynamischen Bedingungen oder der zugrundeliegenden Organdysfunktion
- Auftreten eines Herzstillstands während des Aufenthalts
- Persistenz oder Entwicklung eines signifikanten Zweiorganversagens.

#### **2.2.4. Entscheidungsverfahren**

[31] Die Richtlinie regelt in Ziffer 5 das Entscheidungsverfahren. Es wird daran erinnert, dass dieses transparent und dokumentiert erfolgen soll. Die Entscheidungen müssen überprüfbar sein. Der Entscheidungsprozess muss unter der Leitung von erfahrenen Personen stehen, und die Entscheidungen müssen, wenn immer möglich, im interprofessionellen Team getroffen werden. Die Verantwortung für den Entscheid trägt jedoch die «ranghöchste Person vor Ort». Dies impliziert meines Erachtens auch, dass in Situationen, in denen kein eindeutiger Entscheid im Team getroffen werden kann, der Entscheid von der Person getroffen werden muss, welche für diesen auch die Verantwortung trägt.

[32] Dass nicht vom «ranghöchsten Arzt» oder von der «behandelnden Ärztin» gesprochen wird, verdeutlicht, dass die Schlussverantwortung nicht zwangsläufig von einem Intensivmediziner oder einer Intensivmedizinerin getragen werden muss.

### **3. Bemerkungen zur Richtlinie**

#### **3.1. Der Wille des Patienten**

[33] Dass individuell Betroffene auch in Ausnahmesituationen nicht zu blossen Objekten von Allokationsentscheidungen degradiert werden sollen, anerkennen auch die Autoren der Richtlinie.

[34] Dies ist keinesfalls selbstverständlich, befinden wir uns doch in einer Phase, wo der öffentlichen Gesundheit einen höheren Stellenwert beigemessen wird als der Selbstbestimmung. Dennoch oder gerade darum wäre es wünschenswert, hätte man der Selbstbestimmung mehr Raum geboten.

[35] Auch wenn der Bundesrat gestützt auf Art. 7 [Epidemiengesetz](#) die Freiheit der Einzelnen zum Teil massiv einschränkt, bleiben alle nicht von den Massnahmen betroffenen Bereichen un-

berührt. So auch der Entscheid des Einzelnen, in eine Behandlung einzuwilligen oder sie abzulehnen.<sup>6</sup>

[36] Bei den Kriterien für die Triage wird zwar darauf hingewiesen, dass der Wille der Patientin oder des Patienten geklärt sein muss. Ein Hinweis darauf, dass der Wille der Patientin, resp. des Patienten in einer Patientenverfügung niedergeschrieben ist, und die Ärzteschaft gestützt auf Art. 372 Abs. 1 KVG verpflichtet ist, anhand der Versichertenkarte zu prüfen, ob eine Patientenverfügung vorhanden ist, fehlt jedoch bedauerlicherweise. Dass sich in Zeiten der Covid-19-Pandemie mehr Menschen Gedanken über eine Patientenverfügung machen, ist auch für die SAMW unbestritten<sup>7</sup> und daher wäre ein Hinweis auch in Bezug auf andere Ratschläge der SAMW nur konsistent gewesen.

[37] Dass bei den Kriterien für die Aufnahme auf die Intensivstation der Wille des Patienten, kein Aufnahmekriterium, sondern ein Nicht-Aufnahmekriterium darstellt, ist zu kritisieren. Der Patientenwillen als Ausfluss der Autonomie sollte ein Aufnahmekriterium sein, denn der fehlende Wille ist ungeachtet der Ressourcen das zentrale Element für die Frage, ob überhaupt eine Behandlung durchgeführt werden darf. Dadurch, dass der Patientenwillen als Nicht-Aufnahmekriterium bezeichnet wird, wird der Eindruck verstärkt, dass der Wille des Patienten ein Abwehrrecht gegenüber der behandlungswilligen Ärzteschaft ist, was er jedoch gerade nicht ist. Die Einwilligung der Patientin oder des Patienten<sup>8</sup> gibt den Behandelnden erst die Möglichkeit, – weil sie den Eingriff in die Grundrechte erst rechtfertigt – ihre Behandlung durchzuführen.

[38] Ein Hinweis, dass der Patientenwillen auch während einer intensivmedizinischen Behandlung zu respektieren ist, hätte der Richtlinie gutgetan. Ein solcher ist in Phasen der Urteilsunfähigkeit in der Patientenverfügung zu finden. Das Fehlen eines solchen Hinweises nährt die Befürchtung, dass auf den Patientenwillen gelegentlich zu wenig fokussiert wird. Besonders bei Patientinnen und Patienten, deren Gesundheitszustand sich während der intensivmedizinischen Behandlung verschlechtert, sollte regelmässig überprüft werden, ob die Behandlung noch vom Patientenwillen gedeckt ist. Ansonsten wird im schlimmsten Fall der Wille des Patienten missachtet und gleichzeitig werden die Ressourcen einer behandlungswilligen Person vorenthalten. Zudem kann mit der Patientenverfügung verhindert werden, dass Angehörige (mit-)entscheiden müssen. Für Stellvertreter ist es immer sehr schwierig, sich bei stellvertretenden Entscheidungen auf adäquate Weise im Spannungsfeld von Autonomie und Fürsorge zu bewegen.

## **3.2. Normative Überlegungen**

### **3.2.1. Allgemeine Überlegungen**

[39] Die Covid-19-Richtlinie entstand in einer Zeit, in der die öffentliche Gesundheit einen nie dagewesenen Stellenwert genießt. Dem Denken im Bereich der öffentlichen Gesundheit ist dem Ansatz des Utilitarismus nahe. Nach diesem werden Handlungen im Hinblick auf ihre Konse-

---

<sup>6</sup> Gemäss Art. 37 EPG kann zwar ein Patient verpflichtet werden, sich behandeln zu lassen, dies ist jedoch in unserem Zusammenhang unerheblich.

<sup>7</sup> Vgl. News vom 27. März 2020 auf der Site der SAMW (<https://www.samw.ch/de/Aktuelles/News.html> (besucht am 31. März 2020)).

<sup>8</sup> Im Falle einer Urteilsunfähigkeit ohne Vertretung auch die mutmassliche Einwilligung.

quenzen bewertet, und zwar unter dem Gesichtspunkt der Steigerung des allgemeinen Wohlergehens.

[40] Ein problematischer Aspekt des Utilitarismus besteht jedoch darin, dass nur das Wohlergehen der Mehrheit berücksichtigt wird. Der Wert der Handlung an sich, ob sie zum Beispiel dem Willen einer Person widerspricht oder ob sie per se verwerflich ist, steht nicht im Zentrum. Dem Utilitarismus muss deshalb das Konzept der Menschenrechte gegenübergestellt werden. So kann ein Ausgleich zwischen dem Prinzip der Autonomie und dem der gegenseitigen Abhängigkeit – es besagt, dass das Handeln eines Einzelnen in der Regel auch andere Menschen betrifft – gefunden werden.

[41] Für den Normalfall sind die medizinischen und ethischen Regeln eindeutig:<sup>9</sup>

- Die Sorge für den jeweiligen Patienten, das ist jeweils der Patient, der gerade behandelt wird, ist erste und vornehmste ärztliche Pflicht. Diese gilt jedoch nur soweit nicht eine Person dringender Hilfe braucht.
- Jede Behandlung setzt die aufgeklärte Einwilligung der Patientin oder des Patienten voraus.
- Jede Person muss unabhängig von Alter, Geschlecht, Reichtum oder sozialem Rang gleichberechtigt behandelt werden.

[42] Wenn die Ressourcen fehlen, um alle Kranken so zu behandeln, werden diese Regeln jedoch hinfällig und eine andere ethische Orientierung ist geboten.

[43] Es muss nach einer Lösung gesucht werden, die am wenigsten ungerecht ist. Die Situationsethik unzulänglicher Hilfsmöglichkeiten verlangt nach pragmatischen Kriterien unter denen möglichst viele Personen gerettet werden können.<sup>10</sup>

### 3.2.2. Möglichst viele gerettete Leben als Kriterium

[44] Die knapp verfügbaren medizinischen Kapazitäten sollten so effizient wie möglich eingesetzt werden, um die grösstmögliche Zahl von Menschenleben zu retten und schwere Erkrankungsverläufe auf ein Minimum zu reduzieren.

[45] Diese Zuteilung von Gesundheitsressourcen lässt sich nicht nur durch das utilitaristische Prinzip der Nutzenmaximierung rechtfertigen, sondern auch durch Argumente, die sich auf einen – hypothetischen oder realen – Gesellschaftsvertrag beziehen. Diese ethischen Argumente sprechen folglich dafür, knappe Behandlungskapazitäten nach den Prioritäten, welche der Staat definiert, zu verteilen. Dies erfolgt im Schweizer Pandemieplan, der ebenso festhält, dass die Ressourcen so eingesetzt werden sollen, dass möglichst viele lebensbedrohlich erkrankte Menschen gerettet werden können.<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> HANS-MARTIN SASS, Medizinische Ethik bei Notstand, Krieg und Terror, Verantwortungskulturen bei Triage, Endemie und Terror, 5. Auflage, 2007, <https://www.ruhr-uni-bochum.de/malakow/mam/zme/materialien/mm-165.pdf> (besucht am 31. März 2020), S. 2.

<sup>10</sup> HANS-MARTIN SASS (vgl. Fn. 9), S. 3. So auch BERNHARD RÜTSCHKE, im NZZ-Interview vom 19. März 2020, S. 12.

<sup>11</sup> Bundesamt für Gesundheit, Influenza-Pandemieplan Schweiz, Strategien und Massnahmen zur Vorbereitung auf eine Influenza-Pandemie, 5. Auflage 2018, <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/k-und-i/hygiene-pandemiefall/influenza-pandemieplan-ch.pdf.download.pdf/bag-pandemieplan-influenza-ch.pdf> (besucht am 31. März 2020), S. 94.

[46] Diejenigen Patientinnen und Patienten haben höchste Priorität, deren Prognose mit einer Intensivbehandlung gut, ohne diese aber ungünstig ist. Dies ungeachtet davon, aufgrund welcher Erkrankung sie eine knappe Ressource benötigen. Patienten, die unter normalen Bedingungen auf der Intensivstation überwacht werden, die aber ohne schwerwiegende Verschlechterung ihrer Prognose auch auf einer anderen Station betreut werden können, sollen im Rationierungsfall nicht aufgenommen werden. Ebenso wenig Patientinnen und Patienten mit ungünstiger Prognose, bei denen eine zeitlich befristete Intensivtherapie im Normalfall indiziert wäre.

[47] Entscheidend für die Beurteilung der Prognose in diesem Kontext sind die Wahrscheinlichkeit für das kurzfristige Überleben der Intensivtherapie als solche und das allfällige Vorliegen einer Komorbidität mit kurzfristig infauster Prognose.<sup>12</sup> Die Ausgangsposition muss deshalb sein, dass alle Betroffenen die gleichen Zugangschancen erhalten. Basis ist hierbei ein Ansatz der Gerechtigkeit, der die Gewährleistung der gleichen Behandlung für jeden einzelnen vorsieht und jedem einzelnen gleichen Respekt und gleiche Rechte zukommen lässt. Ungleiche Regelungen sind in der Folge nur dann gerechtfertigt, wenn sie zur Rettung relativ vieler Menschenleben führen. In Ausnahmesituation scheint es erlaubt, den grössten Kollektivnutzen anzustreben. Hier kommt in gewissem Sinne der utilitaristische Gesichtspunkt des so genannt grössten Nutzens für die grösste Zahl zur Anwendung. Zentral ist jedoch, was unter Nutzen zu verstehen ist.

[48] Im Gegensatz zu Italien<sup>13</sup>, wo junge Menschen ohne Vorerkrankungen, deren Genesungschancen gut sind, vorrangig behandelt werden, während alte Menschen mit Vorerkrankungen, deren Genesungschancen schlecht sind, warten oder sogar sterben müssen, widerspiegelt sich in der Schweizer Lösung das Prinzip der Gerechtigkeit, dass jedes Leben gleich viel wert ist.<sup>14</sup> «Wenn es um das Leben und die Gesundheit geht, gilt jeder Mensch gleich viel. Das Leben jeder Person, egal ob jung oder alt, reich oder arm, Mann oder Frau, angesehen oder marginalisiert, unabhängig von ihrer Religion, ihrer politischen Einstellung, ihren Verdiensten etc., hat die gleiche Würde, den gleichen Wert und deshalb den Anspruch auf die gleiche Behandlung im Krankheitsfall. Eine privilegierte Behandlung gewisser Kranker zulasten anderer Betroffener aufgrund von Zahlungsfähigkeit, Ansehen, gesellschaftlicher Stellung, Alter etc. ist abzulehnen.»<sup>15</sup> Auch ein Leben einer Person mit einem systemkritischen Beruf hat nicht einen höheren Wert als das eines Künstlers oder Sportlers.

[49] Kriterien sozialer Natur dürfen für die Triage keine Rolle spielen; sie wären diskriminierend und somit verfassungswidrig.<sup>16</sup>

---

<sup>12</sup> SAMW-Richtlinien Intensivmedizinische Massnahmen, S. 36.

<sup>13</sup> Vgl. hinten Ziffer 3.3.

<sup>14</sup> So auch die Österreichische Lösung: Klinisch-ethische Empfehlungen für Beginn, Durchführung und Beendigung von Intensivtherapie bei Covid-19-PatientInnen, Statement der Arbeitsgruppe Ethik der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ARGE Ethik ÖGARI) vom 17. März 2020, [https://www.oegari.at/web\\_files/cms\\_daten/covid-19\\_ressourcenallokation\\_gari-statement\\_v1.7\\_final\\_2020-03-17.pdf](https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/covid-19_ressourcenallokation_gari-statement_v1.7_final_2020-03-17.pdf) (besucht am 31. März 2020) oder der deutsche Vorschlag: Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie von 7 medizinischen Fachgesellschaften, <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file> (besucht am 31. März 2020).

<sup>15</sup> Influenza-Pandemieplan Schweiz (vgl. Fn. 11), S. 94.

<sup>16</sup> BERNHARD RÜTSCHKE, im NZZ-Interview vom 19. März 2020, S. 12.

[50] Der Entscheidungsprozess muss sich «am Ziel der Erhaltung von Leben, beziehungsweise an der Minimierung der Opferzahl»<sup>17</sup> orientieren. Möglichst wenige Menschen sollen an der Pandemie sterben.

### 3.3. Alternativen

[51] Im italienischen Pendant der Covid-19-Triage-Richtlinie<sup>18</sup> wird ein anderer Ansatz gewählt. Dort geht es nicht nur ums Überleben und die kurzfristige Prognose, sondern auch um gerettete Lebensjahre («più anni di vita salvata»).

[52] Gemäss der Regel, der möglichst vielen geretteten Lebensjahre spielt das Lebensalter und die Lebenserwartung eine grosse, zu grosse Rolle. Nehmen wir zum Beispiel einen Sechzigjährigen mit einer statistischen Restlebenserwartung von 20 Jahren, der ohne intensivmedizinische Behandlung sicher stirbt (0% Überlebenschance) und mit einer Behandlung zu 70% überlebt. In diesem Fall erbringt die intensivmedizinische Behandlung rechnerisch 14 Jahre (70% von 20). Dieser Patient müsste einem Zwanzigjährigen mit einer statistischen Restlebenserwartung von 60 Jahren weichen, der bereits ohne Behandlung mit erheblicher Wahrscheinlichkeit (70%) und bei Behandlung mit Sicherheit (100%) überlebte. Denn bei diesem Patienten erbringt die Behandlung rechnerisch 18 gewonnene Jahre.<sup>19,20</sup>

[53] Ungeachtet der Schwierigkeit, Überlebenschancen von Individuen genau festzulegen, bringt das Beispiel die Absurdität dieser Methode zum Ausdruck. Wie kann man in einer solchen Situation hinstehen und dem 60-jährigen mitteilen, dass ihm zugunsten eines 20-jährigen, der auch ohne Behandlung eine erhebliche Überlebenschance hat, die für ihn lebensnotwendige Behandlung vorenthalten wird. Den zurückgestellten Patienten und ihren Angehörigen würden keine Überlebenschancen gewährt, zugunsten einer Erhöhung der Überlebenschancen von Personen, die auch ohne diese Behandlung bereits erhebliche Überlebenschancen haben.

[54] Auch andere Alternativen wie Losverfahren, behandeln nach dem Prinzip «wer zuerst kommt, malt zuerst» oder die Priorisierung von Menschen, die einen hohen gesellschaftlichen Wert haben, können das Ziel, dass möglichst wenig Leute schwer erkranken oder sterben, nicht erreichen.

## 4. Schlussbemerkungen

[55] Durch die nachvollziehbaren ethischen Überlegungen der Covid-19-Triage-Richtlinie und der Transparenz, den die Entscheidungen durch die Richtlinie erhalten haben, bestehen gute Chancen, dass auch negative Entscheidungen, sollten sie nötig werden, das Vertrauen in die Gesundheitsinstitutionen nicht trüben. Dies bedingt auch, dass die Autonomie der Patienten jederzeit gewahrt wird.

---

<sup>17</sup> Influenza-Pandemieplan Schweiz (vgl. Fn. 11), S. 92.

<sup>18</sup> <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf> (besucht am 31. März 2020).

<sup>19</sup> Die Differenz aus 60 Jahren mit Behandlung und 42 Jahre ohne Behandlung (70% von 60 Jahren).

<sup>20</sup> Beispiel von WEYMA LÜBBE (<https://verfassungsblog.de/author/weyma-luebbe/>).

[56] Den Behandelnden gibt die Richtlinie ein Instrumentarium in die Hand, schwierige Entscheide anhand objektiver Kriterien zu treffen und allfällige negative Entscheide gegenüber Angehörigen auch sachlich begründen zu können. Dies nimmt Druck von ihnen.<sup>21</sup>

[57] Es darf nicht vergessen werden, dass auch in Zeiten spezieller Herausforderungen sich unser Handeln an denselben Werten, Grundprinzipien und Tugenden wie im Normalfall zu orientieren hat. «Ethik im Notstand ist also keine geringere oder weniger moralische, sondern eine Ethik, die situativ die Pflicht und das Recht hat, Grundwerte angemessen zu sichern und zu realisieren; sie unterscheidet sich insofern nicht durch das Ziel des Handelns, sondern durch eine vom Notstand vorgegebene Notwendigkeit einer anderen Zweck-Mittel Kalkulation.»<sup>22</sup>

---

Dr. iur. CHRISTIAN PETER ist Partner der HEP & Partner GmbH, Lehrbeauftragter an verschiedenen Fachhochschulen (Bern, St. Gallen, Careum Zürich) und externer Dozent im Block «Medical Humanities» (Fokus: Medizinethik) an der medizinischen Fakultät der Universität Bern. Zudem ist er Konsulent zahlreicher Spitäler in gesundheitsrechtlichen Fragen.

---

<sup>21</sup> Vgl. BERNHARD FREY, CHRISTOPH BERGER, CHRISTIAN KIND, BERNHARD VAUDAUX, Triageempfehlungen für Aufnahme und Verbleib von Kindern auf der Intensivstation bei Influenza-Pandemie. Schweiz. Ärztezeitung. 2010;91:18, S. 718.

<sup>22</sup> HANS-MARTIN SASS (vgl. Fn. 9), S. 1.