Evangelisch-reformierte Kirche
Schweiz

10 Fragen – 10 Antworten

Aus Unglück darf nicht Ungerechtigkeit werden

Intensivmedizinische Triage in der Covid-19-Pandemie aus ethischer Sicht

Evangelisch-reformierte Kirche Schweiz
Bern, November 2020

Impressum

Evangelisch-reformierte Kirche Schweiz
Genehmigt vom Rat EKS
Autor: Frank Mathwig
Bern 2020

1 Was ist medizinische Triage?

Der Ausdruck «Triage» (frz. *trier* = sortieren, aussuchen, auslesen) bezeichnet die medizinische Priorisierung bei einem massiven Zustrom von Patientinnen- und Patienten, für die die medizinischen Behandlungsressourcen objektiv nicht ausreichen. Trotz aller Anstrengungen ist es für das Medizinpersonal unmöglich, das Leben aller Verletzten oder Kranken zu retten. Die Medizin kommt nicht darum herum, zwischen Behandlungsbedürftigen auswählen zu müssen Zwar ist die Triage aus der Kriegs- und Katastrophenmedizin bekannt. Aber diese Bereiche lassen sich nicht einfach auf die Pandemie-Situation übertragen. Triage-Entscheidungen betreffen das Vorenthalten oder den Abbruch lebensrettender medizinischer Massnahmen, die aus medizinischer Sicht geboten und sinnvoll sind.

Die Triage konfrontiert die Medizin mit einer ethischen Grenzsituation. Das Herausfordernde ist weniger die Knappheitssituation selbst. Wir wissen, dass wir in einer Welt begrenzter Ressourcen leben. Aber im Gegensatz zu den Lebensbedingungen sehr vieler Menschen auf dem Globus kennen wir kaum Situationen, in denen Knappheit zu einer Überlebensfrage wird. Unsere sozialen Sicherungssysteme schaffen nicht gleiche Lebenschancen, aber sie verhindern (weitgehend), dass gesellschaftliche Ungleichheiten zu einer Frage von Leben und Tod werden. Aber die Triage zielt auf eine Ungleichbehandlung und der Tod wird zu einer realen Entscheidungsoption.

2 Warum ist die Triage ein ethisches Problem?

Entscheidungen über Leben und Tod stellen sich nicht erst in gesellschaftlichen Knappheitssituationen. Unsere Sterblichkeit macht unsere Leben(szeit) selbst zu einem knappen Gut. Entscheidungen darüber, ob eine Behandlung noch angefangen, weitergeführt oder abgebrochen werden soll, gehören zum medizinischen Alltag. Aber es ist immer die betroffene Person, die ihren eigenen Willen im Gespräch mit dem Medizinpersonal äussert, in einer Patientenverfügung dokumentiert hat oder den Entschluss fasst, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen (Behandlungsverzicht oder -abbruch, Nahrungsverweigerung, Suizidhilfe). Das Entscheidungssubjekt ist stets die Person, um deren Leben es geht. Bei der Triage entscheidet dagegen das Medizinpersonal darüber, ob eine Person eine lebensrettende Behandlung erhält oder sterben muss.

Triage-Entscheidungen bei lebensgefährlich erkrankten oder verletzten Personen brechen mit drei grundlegenden bioethischen Prinzipien: 1. dem Respekt der Autonomie, wenn Personen die verweigerte Behandlung ausdrücklich wünschen und sie medizinisch geboten ist; 2. dem Nichtschadenprinzip, das das Medizinpersonal darauf verpflichtet, Schaden von den Personen abzuwenden und 3. dem Fürsorgeprinzip, das vom Medizinpersonal verlangt, alles Notwendige zur Verbesserung der prekären gesundheitlichen Situation der Personen zu unternehmen. Triagierten Personen wird die medizinisch notwendige Versorgung versagt, die sie unter normalen Bedingungen selbstverständlich erhalten hätten. Weil bei der Triage knappe lebensrettende Ressourcen verteilt werden, geht es für die betroffenen Patientinnen und Patienten um Entscheidungen über Leben und Tod. Deshalb spricht die Medizinethik von tragischen Entscheidungen *(tragic choices)*.

3 Was passiert bei der Triage?

Triage-Situationen entstehen in der Regel plötzlich, sind zumeist unvorhersehbar und verlangen ein unmittelbares Handeln. Die Kriegs- und Katastrophenmedizin verfügt lediglich über allgemeine Handlungsschemata, um eine möglichst effiziente Versorgung sicherzustellen. Im Zentrum steht die Kategorisierung der Opfer nach Behandlungsprioritäten. Eingebürgert haben sich vierstufige Modelle: 1. Sofortbehandlung bei akuter, lebensgefährlicher Bedrohung; 2. dringende Behandlung von Schwerverletzten; 3. spätere Behandlung von Leichtverletzten und 4. betreuende / palliative Behandlung von Menschen mit den im Vergleich ungünstigsten Überlebenschancen. Dieses Schema kann auf Katastrophen und Massenunfälle ebenso angewendet werden, wie auf Pandemien, bei der eine grosse Anzahl von Infizierten mit unterschiedlich schweren Krankheitssymptomen behandelt werden müssen.

Die Triage-Kategorien beruhen auf zwei Regeln: Die Stufen 1 bis 3 folgen dem unumstrittenen Dringlichkeitsprinzip: Wer am Nötigsten Hilfe benötigt, wird vorgezogen, wessen Leben nicht akut bedroht ist, wird später behandelt. Stufe 4 folgt dem Nutzenprinzip im Blick auf alternative Mitteleinsätze: Die Betroffenen in dieser Kategorie müssten nach dem Dringlichkeitsprinzip zuerst versorgt werden. Aber sie erhalten keine Intensivbehandlung, nicht wegen ihrer geringen Überlebensaussichten, sondern weil mit den Ressourcen, die für jeden einzelnen dieser Fälle eingesetzt werden müssten, viele andere Leben mit günstigeren Prognosen gerettet werden könnten.

Das hat irritierende Konsequenzen: Denn gälte das Dringlichkeitsprinzip für alle, gäbe es die Stufe 4 nicht. Würden dagegen alle nach dem Nutzenprinzip behandelt, änderte sich die Behandlungsreihenfolge: zuerst Stufe 3, dann Stufe 2 und danach Stufe 1 und 4. Würde also eines der beiden Prinzipien (egal welches) konsequent auf alle Personen angewendet, gäbe es niemandem, dem eine Behandlung verweigert würde. Zwar käme für einige die Hilfe zu spät, aber keine Person wäre von vornherein davon ausgeschlossen.

Die Verweigerung der Behandlung von bestimmten Personen folgt nicht aus der konsequenten Anwendung einer einzigen Regel, sondern daraus, dass für bestimmte Menschen in der Triage andere Kriterien gelten als für die Mehrheit. Diese Ungleichbehandlung kollidiert mit unseren Vorstellungen von Gerechtigkeit und Fairness.

4 Was macht Triage-Entscheidungen so schwierig?

Genauso wie die Medizin Triage-Situationen möglichst zu vermeiden sucht, tut sich Ethik schwer damit, solche Entscheidungen zu begründen. Bei der Triage gibt es keine Gewinnerinnen, sondern nur Verlierer. Gefordert sind Entscheidungen, von denen keine widerspruchslos zu haben ist. Zwei Konflikte stehen im Zentrum:

1. Ein Menschenleben aufgrund der äusseren Umstände medizinisch aufgeben zu müssen, ist genauso unerträglich, wie ethisch zu begründen, warum die Medizin darauf verzichten sollte, um das Überleben bestimmter Personengruppen zu kämpfen. Aus der Sicht humanitärer Solidarität und unbedingter Hilfspflichten wäre das eine unakzeptable Gleichgültigkeit. Triage-Entscheidungen widersprechen unserem Selbstverständnis und unseren Erwartungen an die Solidaritätspflichten der Gesellschaft und der staatlichen Institutionen.

2. Weil Triage-Urteile so befremdlich sind, werden sie häufig auf missverständliche Weise mit vertrauten Entscheidungssituationen verbunden. Selbstverständlich werden im Alltag Handlungsziele danach beurteilt, ob sie aussichtsreich sind oder nicht. Wir folgen unseren Wünschen nicht blind, sondern prüfen, ob es realistisch und sinnvoll ist, sie anzustreben. Als leichtsinnig oder fahrlässig gilt, alles auf eine einzige Karte zu setzen und damit alles andere zu riskieren. Erfolg bedeutet, mit einem vorgegebenen Mitteleinsatz einen möglichst grossen Gewinn oder Nutzen zu erzielen. Aber gilt dieser Massstab auch für Menschenleben?

5 Soll die Zahl der Geretteten den Ausschlag geben?

Die Frage klingt verführerisch. Selbstverständlich geht es darum, möglichst viele Menschenleben zu retten. So formuliert es auch die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) in ihren jüngsten Richtlinien zur Triage. Hinter der einfachen Frage versteckt sich aber eine viel anspruchsvollere: Rechtfertigt die Lebensrettung vieler auch die Entscheidung, dafür einige andere Verletzte oder Kranke sterben zu lassen? Die Frage hat es in sich, denn eine Antwort ist abhängig von der jeweiligen Betroffenheit: Tendenziell zustimmen würden Personen, deren Chance auf Rettung steigt, wenn die Medizin aussichtslos erscheinende Fälle aussortiert. Eher ablehnend würden Personen reagieren, die sterben müssten, weil sie zur Gruppe der Aussortierten gehören.

Sollte der Rettungswunsch der Mehrheit Vorrang haben gegenüber dem Lebenswunsch der Minderheit? Gilt das demokratische Mehrheitsprinzip auch bei Fragen von Leben und Tod? Wiederum sind die Antworten darauf abhängig von der Perspektive: Aus der Sicht Dritter – etwa des Staates, der Ärztinnen oder Stimmbürger – ist die Addition geretteter Leben (statistische Leben) ein wichtiges Argument. Dagegen geht die Rechnung für die Betroffenen – sowohl der berücksichtigten wie der triagierten Verletzten – nicht auf. Denn ihre Zukunft hängt nicht davon ab, dass *viele* Leben gerettet werden, sondern dass *ihr* Leben gerettet wird. Jeder Mensch hat *ein* Leben und dieses Leben zählt absolut und gleich viel wie das *eine* Leben jeder anderen Person. Und weil das Leben jedes Menschen absolut zählt, kann nichts mehr hinzuaddiert werden. Natürlich kann eine Person ihr eigenes Leben für das Leben anderer opfern. Aber dürfen – wie bei der Triage – auch Dritte bestimmen, wer auf das eigene Leben zugunsten anderer verzichten muss?

Gestützt wird die Betroffenenperspektive (Erste-Person-Perspektive) durch die menschen- und verfassungsrechtlich festgeschriebene *Lebenswertindifferenz,* also die Garantie des für alle gleichen Rechtsanspruchs auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Dafür steht der Begriff der Menschenwürde, der jeden Menschen für unvergleichbar und nicht verrechenbar erklärt. Der Ehemann mag einen höheren Wert für die Ehefrau haben als der Nachbar, aber im Blick auf ihre Würde unterscheiden sich die beiden nicht. Auch die 25-jährige Sportlerin ist schneller als der 85-jährige Mann im Rollstuhl, aber im Blick auf die Würde hat sie keinen Vorsprung. Wenn die Menschwürde alle Bewertungen und Personenvergleiche stoppt, wie können Triage-Entscheidungen über Leben und Tod zwischen Patientinnen und Patienten getroffen werden?

6 Warum gehen Triage-Situationen alle an?

Bei der Triage müssen die medizinischen Behandlungsteams die bedrückende Auswahl treffen. Sie urteilen anhand medizinischer Kriterien, aber die Entscheidung selbst ist *keine medizinische.* Denn sie orientiert sich nicht an der *medizinischen Behandlungsbedürftigkeit,* sondern an den vorhanden *quantitativen Behandlungsressourcen* (Menge des Personals, der Betten, medizinischen Geräte, Medikamente). Dass einer Person die Behandlung in der Triage-Situation verweigert wird, die sie unter normalen Umständen erhalten hätte, *lässt sich medizinisch nicht begründen.* Entweder verlangt ihr Gesundheitszustand eine Therapie oder nicht. Wenn medizinische Massnahmen nötig sind, dann sind sie es *immer* (ansonsten sind sie immer medizinisch unnötig). Ressourcenmangel ist keine Krankheit, gegen die es ein medizinisches Rezept gäbe, sondern das Resultat politischer Strukturentscheidungen und (bei der Pandemie) des gesellschaftlichen Verhaltens.

Die Zu- und Verteilung von knappen Systemressourcen ist eine politische Aufgabe und das Thema politischer und sozialer Gerechtigkeit. Eine faire Verteilung gemeinschaftlicher Güter erfolgt nach rechtlichen und ethischen Kriterien. Deshalb muss die Frage der Triage an Politik und Gesellschaft adressiert werden. Sie müssen die Massstäbe festlegen, wie die Gesellschaftsmitglieder – unabhängig davon, in welcher Situation sie sich aktuell befinden oder zukünftig befinden könnten – fair und gerecht behandelt werden sollen.

Aus ethischer und rechtlicher Sicht besteht ein wesentlicher Unterschied zwischen dem persönlichen Verzicht auf ein Gut und dessen Verweigerung durch Dritte. Zwar ist das Resultat in beiden Fällen das gleiche: Die Person muss ohne das Gut auskommen. Aber aus dem gleichen Ergebnis folgt nicht, dass es unerheblich wäre, ob eine Person selbst wählt oder ob andere für sie die Wahl treffen. Im liberalen, menschenrechtsnormierten Rechtsstaat gilt: Die Alltagslogik, nach der der Zweck die Mittel heiligt, hat bei Entscheidungen über Leben und Tod nichts zu suchen. Aber wie kann dann entschieden werden?

7 Was kann ich tun?

Dringende ethische Fragen verleiten häufig zu einem Tunnelblick, der einseitig darauf fokussiert, was getan werden soll. Verdeckt wird dadurch, an wen diese Fragen eigentlich gerichtet sind. Für die Medizin gilt, dass die Patientin oder der Patient selbst entscheiden müssen, ob und welche medizinischen Massnahmen durchgeführt werden. Autonomie ist keine Frage medizinischen Wissens, sondern kennzeichnet den Status von Menschen, die medizinisch behandelt werden. Auch wenn die Ausnahmesituation der Triage formal das Autonomieprinzip ausser Kraft setzen kann, muss im Interesse aller Beteiligten seine Sistierung (Paternalismus) wenn irgend möglich vermieden werden.

Um der eigenen Autonomie willen und um die extrem belastende Entscheidungssituation für das Medizinpersonal zu umgehen, müssen Triage-Entscheidungen an die möglichen Betroffenen zurückgegeben werden: Wie würden Sie entscheiden, wenn Ihr Gesundheitszustand eine intensivmedizinische Behandlung unter extremen Knappheitsbedingungen nötig macht? Die Frage stellt sich grundsätzlich für jeden Menschen, der eine Patientenverfügung ausstellt. Sie wird ergänzt durch die Triage-Annahme. Neben die bekannten Willenserklärungen, was in bestimmten zukünftigen Situationen getan und unterlassen werden soll, tritt die Frage, was im Falle einer massiven Ressourcenknappheit unternommen und worauf verzichtet werden soll.

Jede Person entscheidet frei, ob und wie die Triage-Bedingung die von ihr verfügten Willensäusserungen beeinflusst. Wenn Menschen aufgrund von Ressourcenknappheit zu einem Verzicht bereit sind, dann ausschliesslich aufgrund ihres *eigenen, freiwillentlichen* und *ohne äusseren Druck* zustande gekommenen Entschlusses (ex-ante-Entscheidungen). Keine Solidaritätspflicht darf verlangen, das eigene Leben für andere zu opfern. Umgekehrt kann eine ethische Solidaritätszumutung – gegenüber dem Medizinpersonal – aber darin bestehen, die Entscheidung über das eigene Leben und Sterben nicht *Dritten* aufzubürden, sondern selbst zu treffen.

8 Was muss der Staat tun?

Die Corona-Pandemie wird zum solidarischen Stresstest für liberaldemokratische Gesellschaften. Deutlich zeigt sich das sensible Bedingungsverhältnis von Freiheit und Verantwortung. Freiheit ohne den verantwortlichen Freiheitsgebrauch aller führt in die Katastrophe. Staatliches Handeln ist in dieser konfliktreichen Situation zwei übergeordneten Zielen verpflichtet: 1. Aus dem Unglück darf keine Ungerechtigkeit werden. Und 2. Verteilungsentscheidungen dürfen nicht zu Diskriminierung bestimmter gesellschaftlicher Gruppen führen. Ungerechtigkeit und Diskriminierung drohen,

1. wenn auf Intensivstationen triagiert wird, obwohl erreichbare andere Spitäler (im In- und Ausland) noch über Intensivkapazitäten verfügen. Eine Triage-Situation ist erst dann gegeben, wenn alle in Frage kommenden Behandlungseinheiten tatsächlich belegt sind;

2. wenn die überarbeiteten SAMW-Richtlinien zwar ausdrücklich die Altersrationierung verbieten, aber die öffentliche Triage-Debatte ältere und alte Menschen unter massiven Druck setzt, eine Art vorauseilende Selbst-Triage vorzunehmen. Der gefühlten oder tatsächlichen Erwartungen, dass ältere und alte Menschen zugunsten jüngerer auf Intensivbehandlungen verzichten sollten, muss entschieden entgegengetreten werden;

3. wenn Triage nur aus intensivmedizinischer, aber nicht palliativer Perspektive diskutiert und organisiert wird. Erst wenn eine hochstehende palliativmedizinische Versorgung garantiert ist, darf die Frage erwogen werden, Menschen die lebensrettende Medizin zu verweigern. Triage-Massnahmen müssen gegenüber den Patientinnen und Patienten gerechtfertigt werden, die aufgrund der verweigerten Intensivbehandlung sterben müssen und nicht gegenüber denjenigen, die von den so freigewordenen Kapazitäten profitieren;

4. wenn sich Institutionen anmassen, präventiv Triage-Entscheidungen zu fällen, indem sie infizierten Bewohnerinnen und Bewohnern aufgrund ihres Alters den Spitaleintritt verweigern. Wenn Triage unumgänglich ist, muss sie auf der Intensivstation von qualifiziertem Medizinpersonal vorgenommen werden, niemals an einem anderen Ort und durch eine andere Person.

9 Was können wir tun?

Die Pandemie-Krise fordert Politik und Gesellschaft heraus. Sie ist nicht nur ein virologisches und epidemiologisches Problem, sondern verlangt von jeder und jedem ein realistisch-besonnenes Urteil und ein verantwortungsvolles Verhalten. Das Corona-Virus ist weder so infektiös wie die Masern, noch so tödlich wie Ebola. Und es hat die Gesellschaften – zumindest in der zweiten Welle – nicht plötzlich getroffen. Obwohl die Pandemie tragische Folgen für einzelne Menschen hat, ist sie nicht tragisch im Sinn eines unabwendbaren Schicksals, dem wir völlig hilflos ausgeliefert wären. Im Gegenteil hängt der Pandemieverlauf wesentlich von unserem Verhalten ab.

Eine gesellschaftliche Diskussion über die Triage hat auch die Absicht, dass die Menschen frei und ohne den Druck akuter Entscheidungssituationen *ihren* Willen für den eventuellen Fall eines lebensgefährlichen Infektionsverlaufs klären können. Dieses Ziel ist aber an zwei wesentliche Bedingungen geknüpft:

1. Die persönliche Willensbildung und Entscheidungsfindung im Blick auf das eigene Leben darf nicht politisch missbraucht werden. Der persönliche Verzicht auf Lebensrettung ist kein gesellschaftliches Instrument, um Ressourcenengpässe zu überstehen oder zu vermeiden. Auch jeder andere Druck, etwa von Medien, auf die Entscheidungen von Personen oder Gruppen wäre ein Unrecht.

2. Von einer Verzichtserklärung auf eine intensivmedizinische Behandlung profitieren logischerweise diejenigen, die nicht auf solche lebensrettende Massnahmen verzichten wollen. Als höchst persönliche Entscheidungen verdienen beide Optionen Respekt. Aus solidargemeinschaftlicher Sicht ist damit eine grundsätzliche Verpflichtung verbunden: Wer auf eine Intensivbehandlung verzichtet, muss erwarten können, vor einem Infektionsrisiko durch das fahrlässige Verhalten der anderen geschützt zu sein. Ältere Personen werden eher zu einer solchen Verzichtserklärung neigen als jüngere. Von den

Entscheidungen werden deshalb vor allem jüngere Menschen profitieren. Daraus ergibt sich eine Art ethischer Gernerationsvertrag, der ein verantwortliches Verhalten der Jüngeren gegenüber den Älteren einfordert. Die *Solidarität des Verzichts* von den einen verlangt die *Solidarität des Schutzes* durch die anderen. Beides gehört untrennbar zusammen. Nur in dieser Wechselseitigkeit kann eine Gesellschaft in der Krise solidarisch zusammenstehen.

10 Wie wollen wir leben?

Die unverzichtbaren Richtlinien, Forderungen und Appelle, wie wir uns verhalten sollen, drängen die Frage in den Hintergrund, wie wir leben wollen. Aber wir können mit einer Antwort nicht auf bessere Zeiten warten. Denn die aktuell bedrückende Lebenszeit erhalten wir später weder zurückerstattet noch können wir auf Kompensationsleistungen für entgangene Lebensfreude und -chancen hoffen.

Trotz aller Ausnahmebestimmungen sind unsere Leben hier und jetzt der Normalfall, weil es dazu keine Alternative gibt. Die Pandemie ist keine Theatervorführung, die das Publikum nach der Schlussszene mehr oder weniger beeindruckt verlässt, um in den Lebensalltag zurückzukehren. So ermutigend Durchhalteparolen sein können, kein Mensch lebt nur, um zu überleben. Daraus folgt:

1. Weil das Leben der Intensivpatientinnen und -patienten hier und jetzt (und nicht erst zukünftig) zählt, muss das Ziel eines guten Sterbens (hier und jetzt) Triage-Entscheidungen (über zukünftige Lebensaussichten) vorgeordnet werden. Ohne Garantie einer hochstehenden Palliativversorgung für alle Betroffenen darf es keine Triage-Entscheidung geben.

2. Die Freiheitsrechte von Menschen in Pflegeheimen und Langzeitinstitutionen und die Möglichkeit, sterbende Angehörige im Spital zu begleiten, dürfen nicht eingeschränkt oder verboten werden. Jede Person hat ein Anrecht auf ein menschenwürdiges Leben hier und jetzt.

3. Virologische Expertisen dürfen nicht den Orientierungsrahmen für staatliches Handeln bilden und Infektions- und Mortalitätsstatistiken nicht die Spielräume von sozialer Begegnung, Mitmenschlichkeit und Solidarität diktieren. Eine Überlebensgesellschaft kann keine freie, humane und sinnerfüllte Gesellschaft sein.

Aus Unglück darf nicht Ungerechtigkeit werden

Ein Grundsatz gilt stets: Das Leben eines jedes Menschen verdient den unbedingten Respekt und Schutz durch alle anderen Menschen. Gleichzeitig darf die Fixierung auf das eigene Überleben nicht zur absurden Verabsolutierung des eigenen Lebens werden. Erst die Fragen, worauf hin und worum willen wir leben, macht das Überleben zu einer bedenkenswerten Option. Eine Antwort darauf finden wir nicht in uns selbst, sondern als wir selbst im Blick über uns hinaus auf Andere und Höheres.

Verwendete und weiterführende Literatur

Ackermann, Sibylle et al., Pandemie: Lebensschutz und Lebensqualität in der Langzeitpflege: SÄZ 101/2020 (27–28), 843–845.

BAG, Influenza-Pandemieplan Schweiz Strategien und Massnahmen zur Vorbereitung auf eine Influenza-Pandemie, Bern [8]2018.

Beauchamp, Tom L./Childress, James F., Principles of Biomedical Ethics, New York, Oxford 62008.

Fateh-Moghadam, Bijan/Gutmann, Thomas, Gleichheit vor der Triage: https://verfassungsblog.de/gleichheit-vor-der-triage/ (16.11.2020).

Forschungsinstitut für Philosophie Hannover im Auftrag des Bistums Hildesheim, Corona. Antworten auf eine kulturelle Herausforderung, Hannover 2020.

Lübbe, Weyma, Veralltäglichung der Triage? Überlegungen zu Ausmass und Grenzen der Opportunitätskostenorientierung in der Katastrophenmedizin und ihrer Übertragbarkeit auf die Alltagsmedizin: Ethik Med 13/2001, 148–160.

Lübbe, Weyma, Übliche Rechtfertigung für Triage zweifelhaft: Deutsches Ärzteblatt 103/2006 (37), A2362–A2368.

Lübbe, Weyma (Hg.), Tödliche Entscheidung. Allokation von Leben und Tod in Zwangslagen, Paderborn 2004.

Marckmann, Georg et al., Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie. Klinisch-ethische Empfehlungen der DIVI, der DGINA, der DGAI, der DGIIN, der DGNI, der DGP, der DGP und der AEM: MedKlin IntensivmedNotfmed 115/2020, 477–485.

Michalsen, Andrej/Hartog, Christiane S. (Hg.), End-of-Life Care in der Intensivmedizin, Berlin, Heidelberg 2013.

Mukerji, Nikil/Mannino, Adriano, Covid-19: Was in der Krise zählt. Über Philosophie in Echtzeit, Stuttgart 2020.

Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK), Schutz der Persönlichkeit in Institutionen der Langzeitpflege. Ethische Erwägungen im Kontext der Corona-Pandemie. Stellungnahme Nr. 34/2020, Bern 2020.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit, Bern 2020.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), Medizinethische Richtlinien und Empfehlungen. Intensivmedizinische Massnahmen, Bern ^{3}2018.

Taurek, John M., Should the Numbers Count?: Philosophy & Public Affairs 6/1977 (4), 293–316.

Wirth, Mathias et al., The Meaning of Care and Ethics to Mitigate the Harshness of Triage in Second-Wave Scenario Planning During the COVID-19 Pandemic: The American Journal of Bioethics 20/2020, No. 7, W17–W19.

Evangelisch-reformierte Kirche Schweiz EKS
Sulgenauweg 26, 3007 Bern, Schweiz
www.evref.ch