

Ärzteblatt

Baden-Württemberg



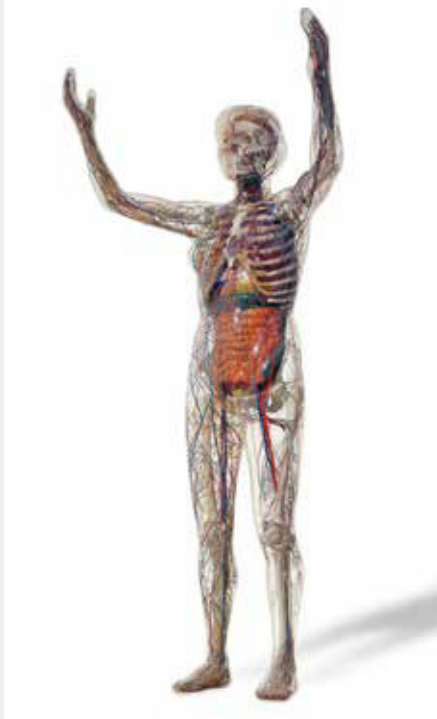
Amts- und Mitteilungsblatt der ärztlichen Körperschaften | ISSN 0720-3489 | E 1041 | 75. Jahrgang | Gentner Verlag

05 | 2020

Foto: iStock/Getty Images – onurdongel

© Deutsches Hygiene-Museum, Foto: Werner Lieberknecht





Gläserne Frau

Figur aus Kunststoff, Aluminium, Blei und Kupferdraht, Nachbildung nach einem Original von 1935/36, Dresden, 2000

Anlässlich der zweiten Internationalen Hygieneausstellung in Dresden wurde 1930 erstmals ein „gläserner Mann“ präsentiert, der auf damals ganz neue und spektakuläre Weise einen Einblick in das Innere des menschlichen Körpers gewährte. Der von Franz Tschackert, Präparator des Dresdner Hygienemuseums, hergestellte Prototyp ließ per Knopfdruck einzelne Organe aufleuchten, eine Grammophonstimme erklärte ihre Funktion. 1935/36 folgte die erste „gläserne Frau“. Insgesamt entstanden bis 1989 etwa 130 „gläserne Menschen“ in Dresden.

Das Ärzteblatt Baden-Württemberg präsentiert in diesem Jahr auf seinen Titelseiten einige der schönsten Exponate der Ausstellung „Medicus“ des Historischen Museums Pfalz in Speyer (museum.speyer.de), die wir im Kontext von Wartebereichen aus Praxis und Klinik zeigen. Ermöglicht wird dies durch die Baden-Württembergische Bank (BW-Bank). Die Bank verdeutlicht damit ihre enge Beziehung zur Medizin und zur Ärzteschaft im Südwesten, nicht zuletzt, weil ihre Beratungsspezialisten für Heilberufe seit über 25 Jahren kompetente Unterstützung und Beratung in allen wirtschaftlichen Fragen von Medizinerinnen bieten. Die BW-Bank ist mit 26 Heilberufe-Standorten und 160 Filialen im Land vor Ort. Mehr Informationen zum umfangreichen Leistungsangebot für Heilberufler sowie zu den Kontaktdaten der Heilberufe-Standorte in Ihrer Nähe erhalten Sie unter www.bw-bank.de/heilberufe, per E-Mail an heilberufe@bw-bank.de oder telefonisch unter 07 11 / 1 24-4 50 19.

Inhalt

Editorial

Mehr Telekonsultationen! 236

Kammern und KV

Bundesbehörde hebt Landesrecht aus 237

Schwerpunkt

Hoffnungsschimmer 238

Wirtschaft

Neues aus der Finanzwelt 243

Ethik

Wenn nicht allen geholfen werden kann 244

Vermischtes

Namen und Nachrichten 248

Interview: „Bewältigung von herausfordernden Konstellationen und Ausbruchsgeschehen“ 249

Corona-Datenspende 250

Jahresbericht 2019 der DSO 250

Schnelltest aus Freiburg 251

Corona-Hotline für Bürger 251

Ambulante Integrierte Gesundheitszentren 252

COVID-19 Symptom Tracker 252

Medizinische Kinderschutzhotline 253

Grenzüberschreitende Hilfe 253

Digitale Gesundheit in Deutschland 254

Immunität gegen neues Coronavirus 254

Kriminelle missbrauchen Hoffnung auf Heilmittel 255

Entwendete Materialien 255

Veranstaltungsübersicht 256

Bekanntmachungen 258

Impressum 277

Einem Teil dieser Ausgabe liegen Prospekte der Kreissparkasse Ludwigsburg bei.



Mehr Telekonsultationen!

236



Hoffnungsschimmer

238



Wenn nicht allen geholfen werden kann

244



„Bewältigung von herausfordernden Konstellationen und Ausbruchsgeschehen“

248

Ethische Fragen zur Triage von intensivmedizinischer Behandlung

Wenn nicht allen geholfen werden kann



Foto: iStock / Getty Images – sudik1



Prof. Dr. H.-J. Ehni



Dr. R. Ranisch



Prof. Dr. Dr. U. Wiesing

Die COVID-19-Pandemie prägt gegenwärtig das gesamte öffentliche Leben. Auf präzedenzlose Weise wurden in den vergangenen Wochen Maßnahmen ergriffen, um die Zahl der Neuinfektionen zu verlangsamen. Schulschließungen, Distanzhaltungen, Aufenthaltsbeschränkungen im öffentlichen Raum und so fort verfolgen dabei einen übergeordneten Zweck: das deutsche Gesundheitssystem vor einer Überlastung zu bewahren. Es gilt Zustände zu vermeiden, wie sie in den Kliniken Italiens, Spaniens, aber auch in Teilen Frankreichs entstanden sind – nämlich, dass eine indizierte intensivmedizinische Versorgung wegen eines Mangels an Kapazitäten nicht mehr gewährleistet werden kann.

Zum gegenwärtigen Stand (23. April 2020) lässt sich nicht absehen, ob auch in Deutschland eine solche Lage eintreten wird. Modellrechnungen wie von der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (Stellungnahme Version vom 21. März 2020) deuten allerdings an, dass auch hierzulande eine Überlastung von Kliniken und Intensivstationen drohen kann.

Wenn Überlastungen nicht auszuschließen sind und wenn man nicht unvorbereitet sein will, dann sollte man vorab über das Szenario sprechen. In diesem Zusammenhang haben in den vergangenen Wochen nationale Fachgesellschaften und Wissenschaftsakademien beispielsweise in Italien, Österreich, Belgien oder der Schweiz entsprechende Empfehlungen formuliert. Im Mittelpunkt der Überlegungen steht die Frage, bei welchen intensivpflich-

tigen Patienten lebenserhaltende Beatmung nicht begonnen oder auch beendet werden soll und darf, wenn nicht mehr allen geholfen werden kann.

Triage und Entscheidungskriterien

Naturkatastrophen und Unfälle können zu zahlreichen Verletzten führen, die gleichzeitig zu behandeln nicht möglich ist, weil die gegebenen Ressourcen nicht ausreichen. In Notaufnahmen können unerwartet viele Patienten ebenfalls die Behandlungsmöglichkeiten vor Ort kurzfristig übersteigen. Um mit einer derartigen Knappheit medizinischer Möglichkeiten umzugehen, sind unterschiedliche Triage-Richtlinien (von frz. „trier“, dt. „sortieren, auswählen“) entwickelt worden (vgl. z.B. Christ et. al 2010 Triage in der Notaufnahme).

Grundlegend teilen die verantwortlichen Ärzte die Patienten in drei Gruppen ein, um die vorhandenen Ressourcen möglichst effizient einzusetzen: Diejenigen, denen auch mit medizinischer Behandlung nicht mehr geholfen werden kann, diejenigen, die auch ohne solche Hilfe wieder genesen und schließlich diejenigen, die mit dieser Hilfe gerettet werden können, aber nicht ohne sie.

Triage-Systeme in der Notaufnahme wie das Manchester-Triage-System (MTS) verfügen über bis zu fünf Stufen. Diese Systeme teilen die Patienten vor allem danach ein, wie dringend sie eine Behandlung benötigen. Gegenüber solchen Triage-Situationen unterscheidet sich die gegenwärtig befürchtete Überlastung der Intensivstationen vor allem dadurch, dass die relative Dringlichkeit schon durch die Notwendigkeit der Beatmung gegeben ist und dass über einen längeren Zeitraum mehr Patienten behandelt werden müssten als möglich.



Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi) zur Verbreitung des neuen Coronavirus

Das ethische Grundproblem der Triage besteht darin, wie die knappen medizinischen Ressourcen gerecht verteilt werden. Das ärztliche Berufsethos, das sich am Wohl des individuellen Patienten orientiert und keine Verteilungskriterien beinhaltet, muss hier um ein Ziel ergänzt werden, das die individuelle Ebene überschreitet und sich nach dem gemeinsamen Wohl der Betroffenen richtet. Dabei soll die fundamentale rechtliche Gleichheit aller Menschen gewahrt bleiben und keine Diskriminierung aufgrund von Alter, Behinderung, politischer Überzeugung, Glauben oder sozialem Status stattfinden.

Zwischen den Rechten und dem Wohl einzelner Menschen und dem medizinischen Nutzen für möglichst viele kann es Konflikte geben, die schwer aufzulösen sind. Losverfahren sind eine Möglichkeit, um diejenigen auszuwählen, die behandelt werden sollen, und dabei die Gleichheit der Betroffenen zu wahren. Allerdings kann eine zufällige Auswahl dazu führen, dass in der Summe letztlich weniger Menschen gerettet werden.

Möglichst viele Menschenleben zu retten, ist eine mögliche Zielsetzung dafür, worin der angestrebte medizinische Nutzen bestehen soll. Überdies könnte das Ziel lauten, die Ressourcen so einzusetzen, dass nicht nur möglichst viele Leben, sondern auch möglichst viele Lebensjahre gerettet werden können. Eine dritte Möglichkeit berücksichtigt dabei noch zusätzlich die erwartete Qualität dieser Lebensjahre (vgl. auch Bettina Schöne-Seifert in der FAZ vom 31.03.2020). Keine der europäischen Empfehlungen schlägt dabei ein Losverfahren vor und keine berücksichtigt die Lebensqualität der gewonnenen Jahre. Das gilt auch für die Empfehlungen in Deutschland, die wir im nächsten Abschnitt genauer im Hinblick auf Ziel und Umsetzung vorstellen wollen.

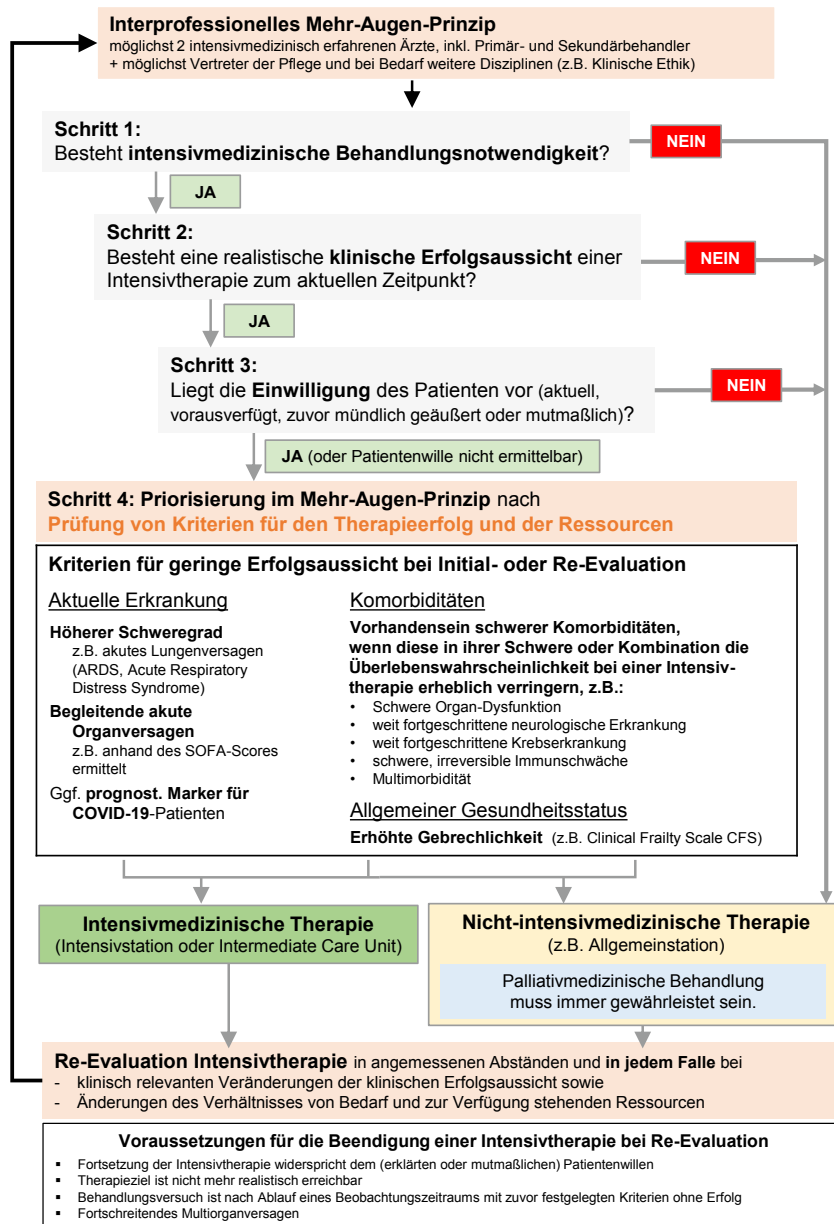
Empfehlung der DIVI u. a.

Am 25. März 2020 (hier berücksichtigt: zweite, überarbeitete Version vom 17. April 2020) haben deutsche Fachgesellschaften, darunter die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) sowie die Akademie für Ethik in der Medizin (AEM), eine gemeinsame Empfehlung zur Ressourcenzuteilung unter akuter Mittelknappheit in der Notfall- und Intensivmedizin vorgelegt. Für die Versorgung in einer solchen Notlage, so die Ausgangsposition, seien zusätzliche, überindividuelle Entscheidungskriterien zu berücksichtigen.

Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie

Als Ziele werden dabei festgehalten: „möglichst vielen Patienten eine nutzbringende Teilhabe an der medizinischen Versorgung unter Krisenbedingungen zu ermöglichen“ bzw. „die Anzahl vermeidbarer Todesfälle durch Ressourcenknappheit minimieren“. Dies gelte sowohl für den Beginn wie den Abbruch intensivmedizinischer Maßnahmen. Um dabei dem Gleichheitsgrundsatz gerecht zu werden, müssen alle Patienten gleichbehandelt werden, auch diejenigen, die nicht an COVID-19 erkrankt sind. Zudem darf nicht aufgrund des kalendarischen Alters, des sozialen Status, bestimmter Grunderkrankungen oder Behinderungen priorisiert werden.

Entscheidungsfindung bei nicht ausreichenden Intensiv-Ressourcen



Quelle: DIVI et al. 2020

Als ausschlaggebend wird dabei die „klinische Erfolgsaussicht“ genannt. Hervorgehoben wird, dass das keine „best choice“, sondern vor allem einen Behandlungsverzicht bei keinen oder nur sehr geringen Erfolgsaussichten bedeutet. Vorrangig solle behandelt werden, wer eine „höhere Überlebenswahrscheinlichkeit beziehungsweise eine bessere Gesamtprognose“ besäße (S. 4). Diese Überlegungen werden durch weitere Kriterien für Priorisierungsentscheidungen konkretisiert. Hierzu zählen: 1. der gegenwärtige klinische Zustand, 2. der Patientenwille, 3. mögliche Komorbiditäten, 4. der Allgemeinzustand (einschließlich Gebrechlichkeit), 5. Laborparameter zu den Kriterien 1. und 3., sowie 6. prognostisch relevante Scores.

Die Fachgesellschaften entwickelten auf dieser Grundlage ein ausführliches Entscheidungsverfahren für die Aufnahme intensivmedizinischer Behandlungen sowie für eine Re-Evaluation, also eine mögliche Therapiezieländerung während der Behandlung. Überdies umfasst das Dokument einen Entscheidungsbaum (siehe Abb.), eine

Dokumentationshilfe sowie für die Priorisierung notwendige Verfahrensgrundsätze: Entscheidungen sollten möglichst im Konsens getroffen und nach dem Mehraugenprinzip erfolgen (idealerweise: zwei intensivmedizinisch erfahrene Ärzte, Vertreter der Pflege und gegebenenfalls weitere Fachvertreter) sowie transparent kommuniziert und dokumentiert werden.

In der öffentlichen Debatte zu möglichen Triage-Empfehlungen sind vor allem zwei Themen strittig. Darf das Alter eine Rolle bei Triage-Entscheidungen spielen? Und darf eine Behandlung bei schlechten Erfolgsaussichten zugunsten Dritter abgebrochen werden?

Zum Alterskriterium

Altersgrenzen haben in den besonders schwer betroffenen Ländern bereits dazu geführt, dass Patienten keine medizinische Behandlung erhielten. So griff die mediale Berichterstattung vielfach eine Lagebeschreibung des Deutschen Instituts für Katastrophenmedizin auf, nach der im Elsass Patienten über 80 Jahre wohl keine Beatmung mehr erhalten würden. Eine Aufarbeitung dieser möglichen Ereignisse und eine Verifizierung der Aussagen stehen noch aus. Aber auch hierzulande wird intensiv und – verständlicherweise – emotional über die Frage diskutiert, ob im Falle eines akuten Ressourcenmangels nicht jüngeren Patienten der Vorzug gegeben werden sollte. Statistisch gesehen sei die Überlebenswahrscheinlichkeit eines 80-jährigen COVID-19-Patienten schließlich geringer als die eines 40-jährigen.

Eine Orientierung am Alter wäre allerdings aus medizinischen wie auch aus ethischen Gründen keine vertretbare Strategie. Aus statistischen Angaben lässt sich die individuelle Erfolgsaussicht von älteren Patienten gegenüber jüngeren nicht ableiten. Ältere Menschen sind gesundheitlich eine sehr heterogene Gruppe und es wäre fatal, hier negativen Altersstereotypen nachzugeben und ältere Menschen pauschal als gebrechlich und pflegebedürftig zu sehen. In ähnlicher Weise wie es nicht zu rechtfertigen wäre, Männern eine lebenserhaltende Intensivbehandlung pauschal vorzuenthalten, weil sie statisch häufiger an einer SARS-CoV-2-Infektion sterben als Frauen, kann auch das kalendarische Alter kein vertretbares Kriterium darstellen.

Für Ärzte ist diese Frage allein berufsrechtlich unmissverständlich geklärt: Das Genfer Gelöbnis, Bestandteil der ärztlichen Berufsordnung, untersagt eine Diskriminierung von Patienten allein aufgrund des Alters oder des Geschlechts sowie anderer Merkmale. „Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten.“

So betonen auch die Fachgesellschaften, dass eine Priorisierung nur „aufgrund des formalen Alters“ ein Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz darstellt. Die für die Priorisierungsentscheidungen vorgeschlagenen Kriterien berücksichtigen zugleich aber altersassoziierte Faktoren

wie Komorbiditäten. Die klinische Erfassung des Allgemeinzustands sieht überdies die Erhebung der Gebrechlichkeit vor, beispielsweise mittels Clinical Frailty Scale – ein Instrument, welches nur für ältere Patienten (≥ 65 Jahren) umfangreich validiert ist (siehe Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.).

Selbst wenn das kalendarische Alter bei der Zuteilung von Ressourcen keine direkte Rolle spielen darf, scheint es damit aber dennoch zumindest indirekt von Relevanz. Bei akutem Ressourcenmangel würden wohl eher jüngere und gesündere Patienten von intensivmedizinischen Behandlungen profitieren, wenn man das Kriterium der klinischen Erfolgsaussichten verwendet. Jene Patienten mit einem schlechteren gesundheitlichen Allgemeinzustand oder Begleiterkrankungen hätten dagegen häufiger das Nachsehen. Dies würde zweifelsohne auch Ältere betreffen – hinzu kommen die Personengruppen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen. Während manche hierin eine verdeckte Diskriminierung sehen könnten, muss vor vorläufigen Urteilen gewarnt werden: Das kalendarische Alter wird hier nicht unvermittelt als Kriterium für Priorisierungsentscheidungen herangezogen, sondern die Zuteilung erfolgt anhand der jeweiligen Erfolgsaussichten der Behandlung. Dies verhindert eine pauschale Setzung von Aufnahmekriterien für eine intensivmedizinische Behandlung und unterstreicht zugleich die Notwendigkeit, die „Einschätzung der klinischen Erfolgsaussicht“ individuell und für „jeden Patienten so sorgfältig wie möglich“ (S. 4) zu treffen.

Beendigung einer begonnenen Intensivbehandlung

Auch wenn weitgehend Einigkeit besteht, dass im Fall eines akuten Ressourcenmangels eine Triagierung bei der Aufnahme einer intensivmedizinischen Behandlung geboten sein kann, gilt dies nicht für die Beendigung einer Intensivtherapie zugunsten Dritter. So sind tragische Situationen denkbar, wie sie aus dem Ausland bereits berichtet wurden, in denen Patienten mit schlechterer Prognose von Beatmungsmaschinen genommen wurden, um Ressourcen für andere intensivpflichtige Patienten mit besserer Prognose zu schaffen. Da solche Triage-Entscheidungen eine gezielte Beendigung einer begonnenen Behandlung voraussetzen, gelten sie nicht nur als psychisch und moralisch belastender. Manche Juristen stufen solche Handlungen auch als unzulässige Tötung ein.

So mahnen auch die Empfehlungen der DIVI an, dass aus „verfassungsrechtlichen Gründen [...] Menschenleben nicht gegen Menschenleben abgewogen werden“ (S. 4) dürfen. Zugleich müssten bei akuter Mittelknappheit Behandlungsressourcen verantwortungsbewusst eingesetzt werden und dies kann nach Ansicht der deutschen Fachgesellschaften auch bedeuten, dass die Beendigung einer unter anderen Umständen indizierten intensivmedizinischen Maßnahme zugunsten eines anderen Patienten ethisch gerechtfertigt sein könnte. Aber dies sei keine „abschließende juristische Einordnung“ der Thematik. Ferner verweist die zweite Fassung des DIVI-Texts auch unter Bezug auf eine zwischenzeitlich vom Deutschen Ethikrat veröffentlichte Ad-hoc-Empfehlung darauf hin, dass die Verantwortung für solche Entscheidungen von den Akteuren vor Ort getragen werden müsse. Denn eine spezifische rechtliche Regelung gebe es zum aktuellen Zeitpunkt nicht (S. 7).



Genfer Gelöbnis

Deutscher Ethikrat: Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise

Auch die Empfehlung des Deutschen Ethikrates unterscheidet zwei Szenarien: die sogenannte Triage bei Ex-ante-Konkurrenz sowie die Triage bei Ex-post-Konkurrenz.

Erstere bezeichnet die Situationen, in denen aufgrund von knappen Ressourcen nicht bei allen Patienten eine intensivmedizinische Behandlung begonnen werden kann. Derartige Situationen seien „normativ weniger problematisch“ als das zweite Szenario. Dort werde eine begonnene intensivmedizinische Maßnahme beendet, in der Hoffnung, das Leben anderer Patienten zu retten. Im Gegensatz zum Vorenthalten einer Behandlung unter Knappheitsbedingungen sieht der Ethikrat eine solche Beendigung einer intensivmedizinischen Behandlung jedoch als rechtswidrig an. Mehr noch: Es ginge hier um die Sicherung der Fundamente der Rechtsordnung, die nach Ansicht des Ethikrates durch entsprechende Handlungen untergraben werden würden.

Die Verfassung, so der Deutsche Ethikrat, ließe keinerlei Wertungen eines menschlichen Lebens zu, und deswegen könne der Staat selbst keine Kriterien aufstellen, wessen Leben vorrangig zu retten sei. Diese Aussage verwundert, denn der Staat praktiziert das – als Ex-ante-Triagierung – im Transplantationsgesetz seit Langem. Es schreibt in § 12, 3 TPG vor, dass die nicht hinreichend verfügbaren Organe von der Vermittlungsstelle, gemeint ist Eurotransplant, „nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit“ zu vermitteln sind. Hier werden ganz klar Prinzipien für eine Verteilung eines knappen Gutes mit Folgen für die Lebenschancen benannt. Warum soll das für unzureichend verfügbare Beatmungsapparate nicht möglich sein?

Gleichzeitig erkennt der Ethikrat auch an, dass es eine Pflicht in der gegebenen Situation sei, möglichst viele Menschenleben zu retten. Doch wie das genau geschehen soll, wird an die „Medizin“ delegiert. Ihr käme eine „Primärverantwortung [...] für einzelne Entscheidungen und deren Umsetzung“ zu (S. 4).

Dazu ergeben sich mehrere Nachfragen: Wer genau ist die „Medizin“? Sind es wissenschaftliche Fachverbände, die Ärztekammern, die Pflegeberufe, weitere medizinische Berufe? Der Deutsche Ethikrat gibt hier keine Antwort und auch nicht, warum der „Medizin“ hier eine Primärverantwortung zukommt. Bei der Triage geht es um Zuweisung



Deutscher Ethikrat:
Solidarität und
Verantwortung in
der Corona-Krise

von Überlebenschancen. Dafür die „Primärverantwortung“ einer Profession (oder mehreren) bzw. Verbänden zu übertragen, wäre in jedem anderen Zusammenhang in einem Rechtsstaat vollkommen inakzeptabel. Schließlich muss gefragt werden, warum nur die „Medizin“ diese Richtlinien aufstellen kann, wenn sie doch ohnehin nur anhand der „fundamentalen Vorgaben der Verfassung“ zu formulieren sind. Wieso darf das der Staat nicht, die „Medizin“ aber schon, wenn doch die gleichen Normen zu berücksichtigen sind? Darf ein Verfassungsorgan eine tragische Handlungssituation nach der Verfassung nicht regeln, die „Medizin“ aber schon?

Der Ethikrat empfiehlt zudem, die Ärzte könnten sich an den Richtlinien der medizinischen Fachgesellschaften orientieren. Dennoch seien deren Vorgaben im Falle einer Ex-post-Triage eindeutig rechtswidrig. Gleichzeitig könne, wer sich an diesen Empfehlungen orientiere, „mit entschuldigender Nachsicht der Rechtsordnung“ rechnen. Demnach macht sich der Staat die Finger nicht schmutzig, weil er das wegen der Verfassung angeblich nicht darf, die Ärzte oder die „Medizin“ aber sollen das. Den Ärzten in einem Atemzug Strafbarkeit anzudrohen und gerichtliche Barmherzigkeit in Aussicht zu stellen, dürfte wenig dienlich sein. So urteilte unlängst auch der Würzburger Strafrechtler Eric Hilgendorf: „Wir Juristen täten gut daran, unsere Streitfragen nicht zulasten der Mediziner auszutragen. – ... Es ergibt keinen Sinn, Mediziner in derartigen Extremsituationen auch noch mit juristischen Problemen zu belasten. Deren Lösung ist Aufgabe der Rechtswissenschaft.“



„Mit Rechtsfragen nicht die Ärzte belasten“ Entscheidungen unter Ungewissheit

Für alle Beteiligten bringt die gegenwärtige Pandemie neue Herausforderungen mit sich. Mögliche Triage-Entscheidungen auf der Intensivstation gehören sicherlich zu den schwierigsten. Empfehlungen wie diejenigen der medizinischen Fachgesellschaften sind daher zu begrüßen. Sie formulieren Kriterien und schaffen damit eine Grundlage für allgemeine Regeln und praktische Orientierung. Man kann und sollte sie überdies kritisch kommentieren und gegebenenfalls weiterentwickeln. Die handelnden Ärztinnen und Ärzte und andere Verantwortliche entlastet dies davon, selbst individuelle Kriterien für Entscheidungen festzulegen. So werden willkürliche Einzelentscheidungen und ein Flickenteppich an unterschiedlichen Vorgehensweisen vermieden.

Eine solche Vorgehensweise sorgt für Transparenz und kann dazu beitragen, das Vertrauen in ärztliches Handeln zu sichern. Der Kern der ethischen Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften, sich bei Triage-Entscheidungen auf die Erfolgskriterien im Hinblick auf die Prognose zu stützen, ist ethisch gut begründet. Gleichzeitig handelt es sich hier um ethische Dilemmata, für die es keine einfache Lösung gibt.

Prof. Dr. Hans-Jörg Ehni, Dr. Robert Ranisch, Prof. Dr. Dr. Urban Wiesing

Literatur bei den Verfassern



Auf der Webseite der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (AEM) werden Empfehlungen und Materialien zu ethischen Fragen der Patientenversorgung angesichts der COVID-19-Pandemie gesammelt.

Medizinethik-Bibliothek

Die Landesärztekammer besitzt eine umfangreiche Medizinethik-Bibliothek, die allen Kammermitgliedern offen steht. Untergebracht ist die Bibliothek im Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Tübingen, Gartenstraße 47, 72074 Tübingen. Öffnungszeiten: Montag bis Freitag von 9.00 bis 12.30 Uhr.