

Erfolgsaussicht, Maximierungsimperativ, Utilitarismus

Anmerkungen zur Debatte um eine ‚Corona-Triage‘

Tim Reiß (Berlin)

Zusammenfassung

Im Zusammenhang der Corona-Pandemie wird die Frage diskutiert, ob und wie in Situationen akuter Knappheit an Behandlungskapazitäten ethisch verantwortbar eine Behandlungsreihenfolge festgesetzt werden kann. Eine Priorisierung nach Dringlichkeit der Behandlung ist dabei unstrittig. Eine ganze Reihe medizinischer Fachgesellschaften und auch die Bundesärztekammer haben zusätzlich vorgeschlagen, innerhalb der Klasse höchster Dringlichkeit nach komparativer Erfolgsaussicht der Behandlung zu priorisieren. Das Kriterium komparativer Erfolgsaussicht wird durch einen Maximierungsimperativ begründet, den man der Triage in Notfall- und Katastrophensituationen ablesen zu können glaubt. – Der Beitrag problematisiert das Kriterium komparativer Erfolgsaussicht und insbesondere seine Begründung durch einen Maximierungsimperativ durch folgende Thesen: Die suggestive Evidenz des Kriteriums der Erfolgsaussicht beruht auf einer fundamentalen begrifflichen Mehrdeutigkeit. Der Triage muss keineswegs zwingend ein Maximierungsimperativ abgelesen werden. Zudem gibt es zwischen „triagetypischen“ Katastrophensituationen und der derzeitigen Pandemiesituation relevante Unterschiede, die eine Vergleichbarkeit zweifelhaft erscheinen lassen. Das ethische Grundproblem, das der Diskussion zugrunde liegt, ist folgendes: Während sich eine Priorisierung nach Dringlichkeit auch kontraktualistisch-deontologisch begründen lässt, steht das Kriterium komparativer Erfolgsaussicht in einem intimen Verhältnis zu utilitaristischen Begründungen. Ob der Maximierungsimperativ auf eine mittelbare Weise auch nicht-utilitaristisch zu rechtfertigen ist, ist fraglich. Zudem lässt sich der von utilitaristischer Seite aus öfters erhobene Rigorismusvorwurf mit besseren Argumenten gegen die utilitaristische Position selbst wenden. – Schließlich soll darauf hingewiesen werden, dass die dargestellte ethische Grundsatzdiskussion auch für die Berufsethik Sozialer Arbeit von großer Bedeutung ist. Die wichtigsten

Punkte sind hier: die Sensibilisierung gegenüber Mehrdeutigkeiten im Begriff der Erfolgsaussicht, die Vorsicht vor Maximierungsimperativen und die Attraktivität kontraktualistischer Rechtfertigungen.

Schlüsselwörter Utilitarismus – Kontraktualismus – Triage – Priorisierung – Erfolgsaussicht

Gegeben sei eine Situation, in der die vorhandenen Behandlungsressourcen nicht ausreichen, um alle Patient*innen bestmöglich zu versorgen. Es ist unkontrovers, dass hier eine Priorisierung nach *Dringlichkeit* im Grundsatz nicht nur zulässig, sondern geboten ist. Vor dem Hintergrund einer befürchteten pandemiebedingten Knappheit an Behandlungsplätzen auf den Intensivstationen ist nun in einigen medizinethischen Stellungnahmen vorgeschlagen worden, dass auch eine Priorisierung nach dem Kriterium der *Erfolgsaussicht* der Behandlung erfolgen sollte. Dabei ist es allerdings zunächst unabdingbar genauer zu klären, was unter Erfolgsaussicht eigentlich verstanden wird. Dabei zeigt sich, dass die ethische Problematik sich in aller Schärfe dann stellt, wenn der Begriff der Erfolgsaussicht in einem *komparativen* Sinn verstanden wird. In Deutschland haben sich eine ganze Reihe medizinischer Fachgesellschaften und auch die Bundesärztekammer darauf festgelegt, dass ein in diesem Sinn verstandenes Kriterium der Erfolgsaussicht jedenfalls *innerhalb* der Gruppe der Patient*innen mit höchster (und damit gleicher) Dringlichkeit ethisch richtig und empfehlenswert ist. Dieses Priorisierungskriterium – komparative Erfolgsaussicht im Vergleich zu anderen Patient*innen – ist Gegenstand massiver ethischer und auch verfassungsrechtlicher Kritik.¹ – Ich werde im Folgenden das Kriterium komparativer Erfolgsaussicht und insbesondere sein intimes Verhältnis zu utilitaristischen Argumentationsfiguren diskutieren. Im Anschluss an die medizinethische Diskussion werde ich auf Konsequenzen hinweisen, die sich daraus auch für die Ethik Sozialer Arbeit ergeben. Das für die Berufsethik Sozialer Arbeit vorgeschlagene Effektivitätsprinzip ist in seiner Bedeutung und in seinem genauen Status unklar. Zudem kann die medizinethische Diskussion helfen, einen ganz grundsätzlichen Punkt zu verdeutlichen, der auch für die Berufsethik Sozialer Arbeit von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist: die Unterscheidung zwischen utilitaristischen und kontraktualistischen Rechtfertigungen und die Frage nach der Möglichkeit und den Grenzen einer kontraktualistischen, also nicht-utilitaristischen Begründung von Effizienzgeboten.

¹ Vgl. Fateh-Moghadam/Gutmann 2020 und Lob-Hüdepohl 2020 u. 2020a.

Die Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) begründen das Kriterium der Erfolgsaussicht mit der „Zielsetzung, mit den (begrenzten) Ressourcen möglichst vielen Patienten eine Teilhabe an der medizinischen Versorgung unter Krisenbedingungen zu ermöglichen.“² Die vorgelegten Empfehlungen „sollen die Anzahl vermeidbarer Todesfälle durch Ressourcenknappheit minimieren.“ In der Orientierungshilfe der Bundesärztekammer (BÄK) heißt es: „Im Falle notwendiger Priorisierungsentscheidungen bei nicht ausreichenden Ressourcen sollen diese so eingesetzt werden, dass die Erfolgsaussichten mit Blick auf das Überleben und die Gesamtprognose möglichst groß sind und die meisten Menschenleben gerettet werden können.“³ Das Gebot, knappe Ressourcen so zu verteilen,

² Vgl. Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) u.a. (2020): Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie. Version 2. Klinisch-ethische Empfehlungen. 2. Überarbeitete Fassung vom 17.04.2020. https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/200416-divi-covid-19-ethik-empfehlung-version-2.pdf (letzter Zugriff: 11.8.2020)

³ Bundesärztekammer (2020): „Orientierungshilfe der Bundesärztekammer zur Allokation medizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie im Falle eines Kapazitätsmangels“, in: Deutsches Ärzteblatt 117, H. 20, A 1084–1087.

dass die Anzahl Überlebender maximiert wird (im Folgenden kurz: Maximierungsimperativ) wird weder in den DIVI-Empfehlungen noch im BÄK-Papier begründet.⁴ Das ist insofern bemerkenswert, als dass der genaue Status und die Akzeptabilität der Maximierungsregel in Ethik und Rechtswissenschaft Gegenstand einer umfangreichen Kontroverse sind.⁵ Die DIVI-Empfehlungen begründen die Maximierungsregel nicht, verweisen aber darauf, dass „analog der Triage in der Katastrophenmedizin“ vorgegangen werden müsse. Folgende Behauptungen lassen sich demnach aus den Empfehlungen herauslesen:

(1) Das Kriterium der komparativen Erfolgsaussicht lässt sich durch den Maximierungsimperativ begründen.

(2) Ein solcher Maximierungsimperativ lässt sich der Triage in der Katastrophenmedizin entnehmen.

⁴ In welchem Umfang sich der Stellungnahme des Deutschen Ethikrats eine Akzeptanz des Maximierungsgebots entnehmen lässt, wird nicht vollständig klar. Einerseits heißt es sehr deutlich: „Diese Vorgaben widerstreiten einem rein utilitaristischen Modus des Abwägens im Sinne einer bloßen Maximierung *von Menschenleben oder Lebensjahren.*“ (Hervorhebung hinzugefügt) Dann heißt es: „Selbstverständlich ist *alles Zulässige* zu unternehmen, um so viele Menschenleben wie möglich zu retten.“ (Hervorhebung hinzugefügt) Das ist eine unstrittig konsensfähige Feststellung, weil sie die strittige Frage gerade ausklammert, nämlich: *Ist es* zulässig, Patient*innen mit schlechterer Erfolgsprognose, d.h. geringerer Überlebenschance, zugunsten von Patient*innen mit besserer Prognose zurückzustellen, um damit die Anzahl Überlebender zu maximieren? Im Anschluss heißt es: „Doch dürfen die dafür erforderlichen Maßnahmen den Rahmen verfassungsrechtlich zwingender Gebote nicht überschreiten. Auch persönliche ethische Überzeugungen, die etwa eine reine Ergebnisorientierung und mit ihr die unbedingte Maximierung der Zahl geretteter Menschenleben fordern mögen, können ein Handeln, das die skizzierten Grenzen des Verfassungsrechts überschritte, nicht rechtfertigen.“ Wie kann man das verstehen? Eine *unbedingte* Maximierung würde bedeuten, dass ihr sämtliche anderen Gesichtspunkte untergeordnet sind. Ein solches Optimierungsgebot gerät in Konflikt mit verfassungsrechtlichen Vorgaben wie dem Grundsatz der Lebenswertindifferenz. Der Staat hat aber „nicht nur die Pflicht, möglichst viele Menschenleben zu retten, sondern auch und vor allem die Grundlagen der Rechtsordnung zu garantieren.“ Die Grundlagen der Rechtsordnung sind mit einem *unbedingten* Maximierungsgebot unverträglich – sonst würde kein Konflikt auftreten (mit einem wirklich *unbedingten* Optimierungsgebot ist wohl jede grundrechtsgewährleistende Verfassung unverträglich). Aber die vor allem strittige Frage ist hier ganz umgangen: Ist ein *bedingtes* Maximierungsgebot, dass zwar nicht unmittelbar „Wert oder Dauer des Lebens“ zum Kriterium der Zuteilung von Ressourcen macht, aber auf das Kriterium der komparativen Überlebenschance (s.u.) abstellt, mit verfassungsrechtlich zwingenden Geboten vereinbar? Darauf gibt die Stellungnahme keine Antwort. Vgl. Deutscher Ethikrat 2020, Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise.

⁵ Vgl. Lübbe 2020a. Einige wichtige Texte dieser Debatte sind zugänglich in Lübbe 2004.

Ich möchte im folgenden Text die *zweite* Behauptung problematisieren.⁶ Es wird nämlich gar nicht selten – wie in den DIVI-Empfehlungen – zumindest suggeriert, eine Priorisierung nach Erfolgsaussicht *innerhalb* der Klasse höchster Dringlichkeit führe nur denjenigen Gedanken konsequent weiter, der bereits der Triage *als solcher* zugrunde liege. Der Triage unterliege nämlich bereits das Gebot, die Anzahl Überlebender zu maximieren. Wenn man der Triage als solcher und der Einteilung in Klassen unterschiedlicher Dringlichkeit bereits ein solches Maximierungsgebot abliest, dann ist es in der Tat konsequent, *innerhalb* der Klasse höchster Dringlichkeit nach Erfolgsaussicht zu priorisieren, denn eine Priorisierung nach (komparativer) Erfolgsaussicht innerhalb der Klasse höchster Dringlichkeit maximiert die Anzahl Überlebender.

Ich möchte zeigen, dass diese Interpretation – ein solches Maximierungsgebot liege bereits grundsätzlich der Triage zugrunde – nicht akzeptiert werden muss. Die Interpretation der Triage als Ausdruck einer temporären Umstellung von individuellen Rechten auf einen aggregierten Nutzen ist *nicht* zwingend. Die Triage lässt sich auch ohne Rückgriff auf ein Maximierungsgebot interpretieren – genauer: Soweit sich die Triage auf eine Priorisierung nach *Dringlichkeit* beschränkt, lässt sie sich ohne Rückgriff auf ein Maximierungsgebot begründen.

Warum ist die Frage nach dem Verhältnis von Triage und Maximierungsgebot ethisch so entscheidend? Das ist deshalb so, weil das Maximierungsgebot jedenfalls *prima facie* ein *utilitaristisches* Kriterium ist⁷, denn es verpflichtet auf die Maximierung eines aggregierten Gesamtnutzens über Personengrenzen hinweg. Wenn der Triage tatsächlich notwendig ein Maximierungsgebot abgelesen werden muss, dann führt dies zu einer utilitaristischen Interpretation der Triage. Deshalb ist es so wichtig, das Maximierungsgebot zu problematisieren. Die Triage muss nicht zwingend utilitaristisch interpretiert werden. Es ist vielmehr auch eine alternative, *deontologische und kontraktualistische* Begründung der Triage denkbar. Eine solche nicht auf einen Kollektivnutzen, sondern auf die Rechte einzelner Personen bezogene Begründung deckt allerdings ausschließlich eine Priorisierung nach Dringlichkeit.

⁶ Ich werde dazu weiter unten auch die weitere implizite Behauptung problematisieren, die Situation einer pandemiebedingten Knappheit an Behandlungsressourcen sei mit der Situation in der *Katastrophenmedizin* in einer entscheidenden Hinsicht vergleichbar.

⁷ Das wird allerdings von einigen Autor*innen bezweifelt. Dazu gleich unten ausführlich.

1. Was bedeutet „Erfolgsaussicht“?

Der Begriff der Erfolgsaussicht kann in mindestens drei unterschiedlich starken Bedeutungen verstanden werden. Eine erste Bedeutung ist ethisch (relativ) unproblematisch, die beiden anderen sind es nicht. Gerade deshalb ist es entscheidend, diese Bedeutungen auseinanderzuhalten, weil sonst die Gefahr besteht, dass sich die Suggestion des Unproblematischen unreflektiert von der ersten auf die beiden anderen Bedeutungen ausdehnt.

Erfolgsaussicht kann zunächst (1) im Sinne der Frage verstanden werden, ob überhaupt *irgendeine* Erfolgsaussicht, d.h., ob überhaupt eine Indikation besteht. Erfolgsaussicht bezeichnet demzufolge einen Schwellenwert und ein Kriterium, dessen Erfüllung bei jeder Patientin und jedem Patienten einzeln und *unabhängig von allen anderen Patient*innen* festgestellt werden kann und muss. Die Frage, ob überhaupt eine Indikation für eine Behandlung besteht, muss richtigerweise ganz unabhängig davon beantwortbar sein, ob bei anderen Patient*innen ebenfalls eine Indikation besteht. Die Erfüllung *dieses* Kriteriums – Bestehen einer individuellen Indikation – zur Bedingung einer Behandlung zu machen, ist solange (aber auch nur solange!) unproblematisch, so lange Erfolgsaussicht hier in einem *minimalistischen* Sinn verstanden wird: Es darf nicht von vorneherein bereits ausgeschlossen sein, dass die Behandlung einen Erfolg hat (dazu gleich unten). – Erfolgsaussicht kann aber auch weitergehend (2) im Sinne der unmittelbaren *Überlebenswahrscheinlichkeit* verstanden werden. Und schließlich kann sich Erfolgsaussicht in einem noch weiteren Sinn (3) auf die *Höhe des Nutzens* beziehen, der Patient*innen über das unmittelbare Überleben hinaus durch die Behandlung verschafft wird (z.B. auf die *Anzahl geretteter Lebensjahre*). Während (1) ein nicht-komparatives und nicht-graduierbares Kriterium darstellt („Besteht bei der Patientin oder dem Patienten überhaupt noch *irgendeine* Chance auf Rettung?“), stellen sowohl (2) als auch (3) graduierbare und komparative Kriterien dar. Dies ist der für die ethische Problematik alles entscheidende Punkt: Sowohl das Kriterium der Überlebenswahrscheinlichkeit als auch das Kriterium der Nutzenhöhe (bspw. der Anzahl geretteter Lebensjahre) erlauben *interpersonelle* Vergleiche („bei Patient*in X ist die Erfolgsaussicht höher als bei Y“; „X hat eine höhere Überlebenswahrscheinlichkeit als Y“).

Unstrittig ist nun, dass das Kriterium der Erfolgsaussicht in der ersten, nicht-komparativen Bedeutung („Besteht überhaupt *irgendeine* Erfolgsaussicht?“) grundsätzlich ein legitimes Kriterium der Behandlungsaufnahme ist. Es besteht im Grundsatz keine Verpflichtung, eine Behandlung durchzuführen oder anzubieten, die gar nicht (mehr) indiziert ist. Die in der aktuellen Priorisierungsdebatte vertretenen Positionen lassen sich nun danach unterscheiden, ob nur die erste, oder auch die zweite, oder alle drei

Bedeutungen von Erfolgsaussicht zu legitimen Kriterien der Priorisierung erklärt werden:

- (1) Das Kriterium der Erfolgsaussicht darf *ausschließlich* im Sinne der Frage relevant sein, ob jeweils individuell überhaupt noch *irgendeine Erfolgsaussicht* besteht.
- (2) Das Kriterium der Erfolgsaussicht darf zwar nicht im Sinne der erwarteten Nutzenhöhe berücksichtigt werden, aber im Sinne der relativen *Überlebenswahrscheinlichkeit* im Vergleich zu anderen Patient*innen.
- (3) Das Kriterium der Erfolgsaussicht darf nicht nur im Sinne der Überlebenswahrscheinlichkeit, sondern auch im Sinne der erwarteten *Nutzenhöhe* einer Behandlung (im Vergleich zur erwarteten Nutzenhöhe bei anderen Patient*innen, etwa Anzahl geretteter Lebensjahre) eine Rolle spielen.

Erfolgsaussicht im Sinne von (3) ist ein *utilitaristisches* Kriterium.⁸ Das Kriterium (3) zu akzeptieren muss dabei nicht zwingend bedeuten, dass die Nutzenhöhe gegen die Dringlichkeit der Behandlung abgewogen werden darf. Aber es bedeutet, dass *innerhalb* der Klasse höchster Dringlichkeit nach Erfolgsaussicht im Sinne von (3) priorisiert werden sollte. Dieser Priorisierung unterliegt damit das Gebot: Maximiere die *Anzahl geretteter Lebensjahre!* Von zwei Patient*innen, deren Überlebenswahrscheinlichkeit ohne Behandlung gleichermaßen gering ist, sollte danach diejenige bevorzugt werden, bei der die Anzahl geretteter Lebensjahre wahrscheinlich höher ist, z. B. weil sie bedeutend jünger ist. In manchen Ländern ist dieses Kriterium durchaus Gegenstand der Diskussion oder hat sogar in Empfehlungen Eingang gefunden (vgl. dazu kritisch Lübke 2020). – Position (3) lässt sich noch weiter untergliedern, z.B. danach, ob die Nutzenhöhe alleine in der *Anzahl* der durch die Behandlung verschafften zusätzlichen Lebensjahren gemessen wird oder ob auch Fragen der Lebens*qualität* eine Rolle spielen.

⁸ Dazu eine Erläuterung: Es gibt sicherlich Kriterien, deren inhärenter Utilitarismus noch stärker ins Auge springt, bspw. das Kriterium des „sozialen Werts“ einer Person oder der durch die Behandlung abgewendeten Zeit an Arbeitsunfähigkeit (eine Darstellung verschiedener solcher utilitaristischer Kriterien im Zusammenhang der Triage bei Winslow 1982, 60–86). Im Unterschied zu Kriterien, die unmittelbar nach dem Nutzen der Behandlung einer Patient*in für andere bzw. die Gesellschaft fragen, vergleicht das Kriterium komparativer Nutzenhöhe der Behandlung ‚bloß‘ den Nutzen, den die Behandlung jeweils *für die Patient*in selbst* besitzt (zu dieser Unterscheidung vgl. auch Baker/Strosberg 1992, 107). Auf diesen Unterschied wird manchmal verwiesen, um zu bestreiten, dass das Kriterium komparativer Nutzenhöhe inhärent utilitaristisch sei. Aber auch das Kriterium komparativer Nutzenhöhe ist in dem folgenden, ganz grundlegenden Sinn utilitaristisch: Es lässt einen interpersonellen Nutzenvergleich zu und verpflichtet auf die *Maximierung eines interpersonell aggregierten Nutzens* verpflichtet.

len (der Nutzen der Behandlung damit bspw. in QUALYs – qualitätsgewichteten Lebensjahren – gemessen wird). Gegen die ethische Akzeptabilität von Erfolgsaussicht im Sinne der *komparativen Nutzenhöhe* als Priorisierungskriterium und damit gegen Position (3) sprechen aber nicht nur alle bekannten Einwände gegen einen utilitaristischen Gesamtnutzenbegriff. Zudem hat (3) ziemlich offenkundig diskriminierende Auswirkungen (vgl. Lob-Hüdepohl 2020 u. 2020a) – so folgt aus dem Kriterium der Anzahl geretteter Lebensjahre regelmäßig eine Zurückstellung älterer gegenüber jüngeren Patient*innen.

Ich verstehe nun die Stellungnahmen von BÄK und DIVI so, dass sie sich auf die ethische Akzeptabilität *nicht* von (3), aber von (2) festlegen. Eine solche Position, wonach es zwar nicht zulässig ist, nach Erfolgsaussicht im Sinne komparativer Nutzenhöhe zu priorisieren, aber in bestimmten Fällen richtig, nach Erfolgsaussicht im Sinne komparativer Überlebenswahrscheinlichkeit zu priorisieren, benötigt zum einen eine möglichst scharfe Abgrenzung beider Kriterien voneinander.⁹ Das Kriterium komparativer Erfolgsaussicht im Sinne von Überlebenswahrscheinlichkeit muss hinreichend gegen einen „schleichenden“ interpretativen Übergang zum Kriterium der Maximierung zusätzlicher Lebenszeit geschützt werden.¹⁰ Zum anderen, und grundsätzlicher, sieht eine solche Position sich allerdings der Anfrage ausgesetzt, warum diejenigen Gründe, die gegen die ethische Akzeptabilität von (3) sprechen, nicht grundsätzlich *auch* gegen die Akzeptabilität von (2) sprechen können sollten (vgl. Lob-Hüdepohl 2020 u. 2020a). Insbesondere hat (2) wohl genauso wie (3) diskriminierende Auswirkungen.¹¹ Ebenfalls anzufragen ist, ob das Gebot der Maximierung der Anzahl Über-

⁹ So betont die BÄK in ihrer Orientierungshilfe: „Wesentlich ist, dass die Perspektive von Erfolgsaussicht zeitlich und inhaltlich nicht so weit über den unmittelbaren Behandlungskontext ausgedehnt wird, dass sich daraus ein pauschaler Ausschluss bestimmter Patientengruppen ergibt.“

¹⁰ Dass die Grenze zwischen dem Gebot der Maximierung der Anzahl Überlebender und dem Gebot der Maximierung zusätzlicher Lebensjahre volatil ist, verdeutlicht folgende Passage bei Wuermeling: Ziel der Triage sei, „mit dem geringstmöglichen Aufwand möglichst *viele* Leben zu retten. Doch wenn den jeweils zu Rettenden auch möglichst *viel* Leben gerettet werden soll, taucht bereits die Frage auf, ob [...] den Jungen mit der größeren Lebenserwartung der Vorzug gegeben werden soll vor den Älteren, die demgegenüber noch weniger Lebensjahre vor sich haben.“ (Wuermeling 2001, 136).

¹¹ Das BÄK-Papier betont zwar: „Die Priorisierungen erfolgen dabei ausdrücklich *nicht* in der Absicht, Menschen oder Menschenleben zu bewerten [...]“ (Hervorhebung im Original) (Dieser Satz findet sich wortgleich auch in den DIVI-Empfehlungen). Nur: Daraus, dass ihnen diese Absicht nicht zugrunde liegt, folgt nicht, dass verhindert werden kann, dass sie *im Ergebnis* dazu führen.

lebender, mit dem das Kriterium komparativer Überlebenswahrscheinlichkeit begründet wird, nicht gleichermaßen ein utilitaristisches Prinzip darstellt und damit gegen ein solches Prinzip alle diejenigen Einwände vorgebracht werden können, die gegen ein utilitaristisches Gebot der Maximierung eines über Personengrenzen hinweg aggregierten Gesamtnutzens sprechen. – Zuvor möchte ich allerdings auf die Gefahr hinweisen, diese Problematik dadurch „unsichtbar“ zu machen, dass ein weitergehender Begriff der Erfolgsaussicht bereits in die individuelle Indikationsstellung „eingeschmuggelt“ wird.

2. Verschleierung von Allokationsentscheidungen durch Flexibilisierung des Indikationsbegriffs

Das Kriterium der Erfolgsaussicht ist solange, aber auch nur solange ethisch (relativ) unproblematisch, solange es strikt im Sinne einer individuellen, nicht-komparativen Indikationsstellung verstanden wird. Denn: Eine Behandlung, deren Erfolg *ausgeschlossen* ist, nicht anzubieten, ist kein Fall eines rechtfertigungsbedürftigen Vorenthaltens. Es ist nämlich nicht einsehbar, wie ein Anrecht auf eine mit Sicherheit nutzlose Behandlung begründet werden können sollte. – Genau hier liegt aber ein schwieriges Problem, das im Kontext der Triage höchst relevant wird: Niemand bestreitet, dass es ein zulässiges Kriterium für die Aufnahme oder Durchführung einer Behandlung ist, ob es *irgendeine* Aussicht auf Erfolg gibt. Es gibt keinen Anspruch auf eine *mit Sicherheit* nutzlose Behandlung. Aber wie ist es mit einer Behandlung, die mit einer (*sehr*) *geringen Wahrscheinlichkeit* erfolgreich ist? Ob und unter welchen Umständen eine solche Behandlung vorenthalten werden darf, ist eine in der Ethik der Allokation von Gesundheitsleistungen kontroverse und nicht kontextfrei zu beantwortende Frage. Im Grundsatz ist die Vorenthaltung einer solchen Behandlung umso stärker rechtfertigungsbedürftig und umso problematischer, je höher der Schaden ist, der durch die fragliche Behandlung, wenn auch mit geringer Wahrscheinlichkeit, abgewendet werden könnte – insbesondere also dann, wenn es um eine *lebensrettende Behandlung* geht.¹²

¹² Bei anderen, nicht lebensrettenden Behandlungen gibt es zudem einen – von Allokationsgesichtspunkten ganz unabhängigen, allein auf die beste individualmedizinische Versorgung bezogenen – Gesichtspunkt, gegen den die Erfolgswahrscheinlichkeit abgewogen werden muss, nämlich die mögliche Schadenshöhe und die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Schadens *durch* die Behandlung.

Eine Gefahr, die sich im Triage-Kontext womöglich noch verschärft ergibt, ist deshalb, dass Allokationsentscheidungen durch eine semantische Flexibilisierung des Indikationsbegriffs verschleiert werden. Das bedeutet, dass eine Behandlung, die zwar prinzipiell möglich ist und die eine gewisse Erfolgswahrscheinlichkeit hat, *zugunsten anderer Patient*innen vorenthalten* wird, und diese Verteilungsentscheidung dadurch *unsichtbar* gemacht wird, dass die Behandlung für ungeeignet (nicht indiziert) erklärt wird. In den Begriff der individuellen Erfolgsaussicht wird bereits ein Kriterium komparativer Erfolgsaussicht (und damit ein Allokationskriterium) eingeschleust (vgl. Schmidt 1996/2004, 431/96). Die Kontrollfrage, mit der sich herausfinden lässt, ob der Indikationsstellung bereits untergründig eine Allokationsentscheidung zugrunde liegt, lautet: Würde die betreffende Behandlung der Patient*in dann angeboten werden, wenn keine akute Ressourcenknappheit herrschte?

In diesem Zusammenhang möchte ich kurz auf die in der Katastrophen-Triage (dazu gleich unten) höchst umstrittene Frage nach der Eingruppierung in Kategorie IV (sog. „Hoffnungslose“) hinweisen. Die Frage der genaueren Interpretation von Kategorie IV ist für die zentrale (und ebenfalls umstrittene) Frage wichtig, ob der Triage eine effizienzorientierte (und nicht nur an individueller Dringlichkeit orientierte) Priorisierung abgelesen werden kann. Den Kategorien I, II und III liegt eine Einteilung alleine nach *Dringlichkeit* der Behandlung (sofort, aufgeschoben, später) zugrunde.¹³ Es ist Gegenstand einer anhaltenden Kontroverse, ob diese Einteilung allein nach Dringlichkeit mit der Kategorie IV durchbrochen wird. Denn es ist umstritten, ob in Kategorie IV auch „Schwerverletzte und Schwerekrankte mit *wenig* Überlebensaussichten eingeordnet werden“ sollen oder „nur Sterbende oder klinisch Tote“ (Sefrin/Weidringer/Weiss 2003, Hervorhebung hinzugefügt).¹⁴ Wenn tatsächlich in Kategorie IV Personen eingeordnet würden, die zwar wenig, aber durchaus noch Überlebensaussichten haben, deren Behandlung aber zurückgestellt wird, weil ihre Behandlung *unter den gegenwärtigen Bedingungen als zu ressourcenintensiv* eingeschätzt wird, dann wird an dieser Stelle die Priorisierung allein nach Dringlichkeit durchbrochen und partiell durch

¹³ Auch das ist bereits nicht in allen Formulierungen der Triagekategorien ganz eindeutig. So schreibt etwa Wuermeling, in die erste Triagestufe kämen solche Patient*innen, „bei denen notwendige lebensrettende Maßnahmen *mit relativ geringem zeitlichem und personellem Aufwand* erbracht werden können“ (Wuermeling 2001, 134, Hervorhebung hinzugefügt). Diese Formulierung nimmt bereits neben der Behandlungsdringlichkeit auf den komparativen Ressourcenverbrauch der Behandlung Bezug.

¹⁴ Auch die zweite Formulierung ist nicht ganz unproblematisch – wenn nämlich unter „klinisch Toten“ auch solche Personen verstanden werden, bei denen die Möglichkeit des Erfolgs eines Wiederbelebungsversuchs nicht ausgeschlossen ist.

eine Priorisierung nach Erfolgsaussicht bzw. Ressourcenintensität der Behandlung ersetzt.¹⁵ Die Triage ist insbesondere von kritischen Positionen aus geradezu damit identifiziert worden, dass sie ausdrücklich die Nichtbehandlung Behandlungsbedürftiger fordere.¹⁶

Es handelt sich also nur dann *nicht* um eine effizienzorientierte Priorisierungsentscheidung, wenn eine Indikation *auch dann nicht mehr bestehen würde, wenn die Ressourcen nicht knapp wären*. Nennen wir dies den Begriff einer nicht-komparativen Indikation. Jemanden, der tot ist, und bei dem eine Chance auf Wiederbelebung nicht mehr besteht, nicht zu behandeln, ist keine ethisch rechtfertigungsbedürftige Priorisierungsentscheidung. Nun heißt es allerdings, in Kategorie IV würden weiterhin Personen eingeordnet, „die aufgrund ihrer Schädigung keine Überlebenschancen unter den besonderen Bedingungen einer Katastrophe und den *aktuell zur Verfügung stehenden Versorgungsmöglichkeiten* haben.“ (Sefrin/Weidinger/Weiss 2003, Hervorhebung hinzugefügt; T.R.) Das heißt also, dass in Kategorie IV auch Personen eingruppiert werden, die eine Überlebenschance hätten, *wenn* die Versorgungsmöglichkeiten besser wären. Aber auch diese Einschränkung ist noch zweideutig (vgl. Lübbe 2001, 153 und Lübbe 2006). Dass eine Person keine Überlebenschance unter den aktuell zur Verfügung stehenden Versorgungsmöglichkeiten hat, kann einmal im Sinne eines *absoluten* Ressourcenmangels verstanden werden: Die Person benötigt eine

¹⁵ Vgl. Brech (2008), 258–260. – Wenn man die utilitaristische Interpretation der Triage ablehnt und die Position vertritt, dass in Kategorie IV keine Personen eingruppiert werden sollten, die aufgrund geringer Erfolgsaussicht zurückgestellt werden, dann ist es m.E. aber irreführend, davon zu sprechen, dass in Klasse IV Personen eingruppiert würden, „die zwar eine höchste Behandlungsdringlichkeit aufweisen, die aber kaum eine Überlebenschance und in diesem Sinn ob ihrer Aussichtslosigkeit nicht sinnvoll behandlungsfähig sind.“ (Lob-Hüdepohl 2020 u. 2020a) Wenn die Behandlung tatsächlich aussichtslos ist, wenn also keine Überlebenschance besteht, dann besteht auch keine höchste Behandlungsdringlichkeit. Eine Behandlung, die nicht (mehr) wirksam ist, kann nicht dringlich sein; vgl. Lübbe 2015, S. 278f., Lübbe spricht in diesem Sinn von „dem intrinsischen Interventionsbezug des Konzepts der Dringlichkeit“ (ebd., S. 279). Vgl. auch Winslow 1982, S. 94, insbesondere FN 24. Wenn allerdings *kaum* eine Überlebenschance besteht, dann besteht noch eine, wenn auch noch so geringe Überlebenschance – und dann ist die Behandlung nicht aussichtslos.

¹⁶ So ist die begriffliche Verschiebung von „notfallmedizinischer Sichtung“, die alleine nach Dringlichkeit priorisiert, zur „katastrophenmedizinischen“ Triage vehement kritisiert worden: „Triage ist also ein Selektionsverfahren, das die Nichtbehandlung von besonders Therapiebedürftigen nicht nur billigend in Kauf nimmt, sondern ganz nachdrücklich fordert.“ (Bruns 1987, 1) Die Einführung des Begriffs der Triage laufe darauf hinaus, „daß ein Selektionsverfahren mit einer Kategorie der Nichtbehandlung die ethischen Kriterien der herkömmlichen Medizin ersetzen soll.“ (Kohlsdorf 1987, 6). Vgl. auch Goltermann 1987.

medizinische Ressource, die aktuell gar nicht vorhanden ist. Auch in diesem Fall handelt es sich nicht um eine Allokationsentscheidung im engeren Sinn. Dass eine Person keine Überlebenschance unter den aktuell zur Verfügung stehenden Versorgungsmöglichkeiten hat, kann aber auch im Sinne eines *relativen* Ressourcenmangels verstanden werden: Die Person benötigt eine medizinische Ressource, die zwar prinzipiell vorhanden ist, aber *bei anderen* eingesetzt wird. Nur in dem Fall relativen Ressourcenmangels ist es sinnvoll, davon zu sprechen, dass der betreffenden Person eine Ressource zugunsten anderer Patient*innen *vorenthalten* wird.

Wenn jemandem eine Behandlung vorenthalten wird, deren Erfolgsaussicht gering, die aber nicht völlig aussichtslos ist, und zwar *deshalb*, weil die Behandlungsressourcen bei anderen Patient*innen eingesetzt werden, bei denen die Erfolgsaussicht größer ist, dann handelt es sich um eine Priorisierungsentscheidung nach dem Kriterium der komparativen Erfolgsaussicht. Das Kriterium komparativer Erfolgsaussicht ist in ethischer Hinsicht umstritten. Es besteht deshalb die (problematische) Tendenz, eine Priorisierungsentscheidung nach dem Kriterium *komparativer* Erfolgsaussicht dadurch zu „verstecken“, dass dieses Kriterium unter der Hand mit dem Kriterium *individueller* Erfolgsaussicht (Indikationsstellung) vermengt wird.

3. Die Begründung der Triage

Die Vorstellung ist verbreitet, dass in Triage-Situationen – im Unterschied zu alltäglichen Behandlungskontexten – eine Priorisierung allgemein akzeptiert sei, der das Kriterium der Maximierung der Anzahl Überlebender zugrunde liegt. Wenn man diese Interpretation akzeptiert, ist es in der Tat naheliegend, ein solches Kriterium auch für Priorisierungen *innerhalb* der Klasse höchster Behandlungsdringlichkeit für richtig zu halten. Wenn es tatsächlich stimmt, dass die Triage sich an einem übergeordneten Maximierungsimperativ orientiert, dann ist es naheliegend, innerhalb der Klasse höchster Dringlichkeit eine Priorisierung nach Erfolgsaussicht im Sinne komparativer Überlebenschance vorzunehmen. In der Konsequenz des Maximierungsgebots läge es eigentlich sogar, neben der Erfolgsaussicht auch den komparativen Ressourcenverbrauch der Behandlung zu berücksichtigen (vgl. Lübke 2020a).

Es hängt deshalb einiges daran, ob es tatsächlich stimmt, dass eine solche Interpretation der Triage alternativlos ist. Ich möchte im Folgenden zeigen, dass dies nicht so ist: Die allgemein akzeptierte Priorisierung in Triage-Situationen orientiert sich am Kriterium der Dringlichkeit. Dieses Kriterium lässt sich *ohne jeden Rückgriff auf einen Maximierungsimperativ* begründen. Das heißt: Die Triage-Priorisierung ist genau soweit unstrittig, soweit sie eine Priorisierung nach Dringlichkeit vornimmt, weil sich eine

solche Priorisierung auch ohne Maximierungsgebot begründen lässt. Wo eine vorgeschlagene Priorisierung über das Kriterium der Dringlichkeit hinausgeht, kann diese unmittelbare Plausibilität nicht mehr in Anspruch genommen werden.

Ich werde zunächst zwei Fallgruppen unterscheiden, die mittlerweile beide häufig unter den Begriff der Triage gebracht werden: die „Ersteinschätzung“ im Krankenhaus und die Triage im Unglücks- und/oder Katastrophenfall. Womöglich werden bereits wichtige Unterschiede verdeckt, wenn der Begriff der Triage so inflationiert wird, dass er auch auf die erste Fallgruppe angewendet wird.¹⁷

Zunächst also zur ersten, eher alltäglichen Fallgruppe, der sog. *Ersteinschätzung* in der Notaufnahme des Krankenhauses. Das Ziel der Ersteinschätzung in der Notaufnahme wird doppelt beschrieben: Zum einen gehe es darum, „die Patienten dem geeigneten Behandlungsort zuzuweisen.“¹⁸ Ich gehe davon aus, dass dieses Ziel ethisch unproblematisch ist – denn die Zuweisung zum richtigen Behandlungsort ist sicherlich genauso oder sogar vordringlich im Interesse der Patient*in selbst. Zugleich geht es bei der Ersteinschätzung auch um das Aufstellen einer Behandlungs*reihenfolge*: Es geht nämlich darum, diejenigen Patient*innen schnellstmöglich und zuverlässig zu identifizieren, die aufgrund akuter Lebensgefahr einer sofortigen Behandlung bedürfen. – Handelt es sich damit bereits bei der Ersteinschätzung im Krankenhaus um eine der Triage vergleichbare, ethisch rechtfertigungsbedürftige Priorisierung oder Allokationsentscheidung? So wird schon seit längerem die Auffassung vertreten, die Triage sei „alltägliche klinische Praxis“ (Illhardt 2001, 194). Die Vergleichbarkeit beider Fallgruppen wird aber auch bestritten, und zwar mit dem Argument, dass im Fall der Ersteinschätzung, im Unterschied zur Triage im engeren Sinn, genügend Behandlungsressourcen vorhanden sind, so dass keiner Patient*in eine Behandlung vorenthalten wird.¹⁹ Wenn niemandem etwas vorenthalten wird, dann muss trivialerweise die Frage nach der ethischen Vertretbarkeit einer Vorenthaltung nicht gestellt werden. Die Priorisierung nach Dringlichkeit in der Ersteinschätzung bedeutet, dieser Deutung zufolge also nicht, dass irgendeiner Patient*in ein vermeidbarer Scha-

¹⁷ Zur Kritik am inflationären Gebrauch des Begriffs der Triage, der möglicherweise wichtige Differenzen verschleiert, vgl. Brech 2008, 70–72.

¹⁸ Vgl. Christ/Grossmann/Winter/Bingisser/Platz 2010 sowie die Homepage *Deutsches Netzwerk Ersteinschätzung*, <http://ersteinschaetzung.de/> (letzter Zugriff 11.8.2020).

¹⁹ Die Notwendigkeit einer Ersteinschätzung/Sichtung und Priorisierung ist in der Notaufnahme möglicherweise häufig die Folge weniger eines grundsätzlichen Mangels an Behandlungskapazitäten, als Folge präklinischer Fehlsteuerung und die Folge von Mängeln in der Organisation der außerklinischen Versorgung.

den zugemutet wird – jedenfalls solange (a) die zeitliche Zurückstellung keine irgendwie bleibenden gesundheitlichen Auswirkungen hat und man (b) die zeitliche Zurückstellung als solche nicht bereits als Schädigung versteht. An dem Punkt aber, wo die Ersteinschätzung über die *zeitliche* Zurückstellung hinausgeht, und zur Folge hat, dass einer Patient*in ein (wenn auch geringerer) Schaden zugemutet wird (der durch sofortige Behandlung hätte abgewendet werden können), um einen größeren Schaden bei anderen Patient*innen abzuwenden, an diesem Punkt wäre die Grenze zur Triage im engeren Sinn und d.h. zur rechtfertigungsbedürftigen Vorenthaltung überschritten.²⁰

Nun zu der Triage im engeren Sinn, also im Katastrophenfall: Es ist unstrittig, dass zunächst nach *Dringlichkeit* priorisiert werden sollte. Gleichwohl scheint es hier einen wichtigen Unterschied zu derjenigen Priorisierung nach Dringlichkeit zu geben, die auch in der Ersteinschätzung im Krankenhaus vorgenommen wird: Es geht im Katastrophenfall nicht mehr nur um eine Priorisierung nach zeitbezogener, sondern auch nach *schadensbezogener* Dringlichkeit (vgl. Lübbe 2006a). Die Triage im engeren Sinn orientiert sich an dem Gesichtspunkt, dass *der lebensrettenden Behandlung zunächst alle andere Behandlungsziele untergeordnet werden*. Es kann also womöglich der Fall sein, dass jemandem eine bleibende Schädigung zugemutet wird, weil die Behandlungsressourcen, deren Einsatz diese Schädigung abwenden könnte, bei anderen Patient*innen zur Lebensrettung eingesetzt werden.²¹

Die Maxime, welche die Triage im Katastrophenfall offenkundig anleitet, ist insofern der

Lebensrettungsimperativ: „Versorge vorrangig diejenigen, deren Überleben ohne sofortige Behandlung gefährdet ist.“

²⁰ Von dieser Frage ganz unberührt ist die empirische Frage, wie oft in Notaufnahmen unter derzeitigen Finanzierungs- und Organisationsbedingungen die Grenze von der Ersteinschätzung zur Triage tatsächlich überschritten wird.

²¹ Baker/Strosberg (1992) zufolge, die für die Möglichkeit einer dezidiert nicht-utilitaristischen Interpretation der Triage argumentieren, führt eine Priorisierung nach Dringlichkeit gegenüber einer Behandlung nach Zufallsreihenfolge ohne Rücksicht auf Dringlichkeit sogar zu einer Pareto-Verbesserung. Das ist zutreffend, soweit von der Zumutbarkeit geringerer Schäden abgesehen und allein die Verteilung von Überlebenschancen in den Blick genommen wird: Die Priorisierung nach Dringlichkeit (im Unterschied zur Zufallsreihenfolge) erhöht die Überlebenschance einiger Personen, ohne – das ist der entscheidende Punkt – dass die Überlebenschance einer anderen Person dadurch gemindert wird. Vgl. aber die oben beschriebene Problematik der sog. „Kategorie IV“.

Dieser Lebensrettungsimperativ scheint mir unkontrovers. In der Triage-Situation geht es zunächst um lebensrettende Basisversorgung. Der entscheidende Punkt ist nun aber, dass der Triage häufig noch ein weiterer Imperativ abgelesen wird, der mit dem Lebensrettungsimperativ *nicht* einfach identisch ist. Es heißt dann, es ginge in Triage-Situationen um die Maximierung der Anzahl Überlebender.

Maximierungsimperativ: „Maximiere die Anzahl Überlebender!“

Es wird häufig suggeriert, dass der Lebensrettungsimperativ eigentlich dem Maximierungsimperativ aufruht. Der Lebensrettungsimperativ wäre danach also vom Maximierungsimperativ *abgeleitet*. Es bestünde die Pflicht, vorrangig diejenigen zu versorgen, deren Überleben ohne sofortige Behandlung gefährdet ist, *weil* die Befolgung dieser Verpflichtung dazu führt, dass die Anzahl Überlebender maximiert wird. *Dieser* Schritt – also nicht der Lebensrettungsimperativ selbst, sondern die Rückführung des Lebensrettungs- auf den Maximierungsimperativ – ist aber nicht zwingend.²² Dies ist eine Interpretation, die über das hinausgeht, was man einer Priorisierung nach Dringlichkeit unmittelbar als Kriterium ablesen kann. Zudem ist es eine durchaus kontroverse Frage, ob dem Lebensrettungsimperativ dadurch nicht unter der Hand eine utilitaristische Begründung bzw. Zielsetzung untergeschoben wird.

Ich möchte aber zunächst nochmals wiederholen, warum diese Frage alles andere als eine bloß theoretische Frage ist. Denn folgender Einwand drängt sich ja auf. Beide Imperative, Lebensrettungs- und Maximierungsimperativ, implizieren zunächst einmal genau *dieselbe* Priorisierungsreihenfolge: Vorrangig sind diejenigen zu behandeln, deren Überleben ohne Behandlung gefährdet ist. Die Frage, ob der Lebensrettungs- *zusätzlich* durch den Maximierungsimperativ begründet wird, macht deshalb praktisch keinen Unterschied. – Das ist aber nicht ganz richtig. Zwar ist es zutreffend, dass es für die Priorisierung nach Dringlichkeit und für die Begründung der Vorrangigkeit lebensrettender Behandlungen vor allen anderen Behandlungszielen keinen Unterschied macht, ob alleine auf den Lebensrettungsimperativ oder auch auf den Maximierungsimperativ Bezug genommen wird. Der wichtige Unterschied ist aber

²² Der Maximierungsimperativ gewinnt seine suggestive Evidenz vor folgendem Hintergrund: Es scheint unstrittig, dass es besser ist, Peter und Daniel zu retten als nur Peter zu retten (und zwar, das ist die entscheidende Bedingung: bei *numerischer Identität* von Peter). Oder genauer: In einer Situation, in der es die Möglichkeit gibt, entweder Peter und Daniel zu retten oder allein Peter zu retten, ist es geboten, Peter und Daniel zu retten (bei numerischer Identität von Peter). Aber: Aus der Gültigkeit *dieser* Behauptung folgt nicht ohne weiteres, dass es besser ist, Peter und Daniel zu retten als Paul zu retten. Genau darauf legt aber der Maximierungsimperativ fest. Der Maximierungsimperativ erschleicht sich dadurch die unmittelbare Evidenz der ersten Behauptung, über die er aber weit hinausgeht. Vgl. Lübbe 2006a und 2020b.

folgender: Der Lebensrettungsimperativ allein liefert *kein* Priorisierungskriterium für Situationen, in denen die Anzahl der Patient*innen, die gleichermaßen dringend einer lebensrettenden Behandlung bedürfen, die vorhandenen Behandlungskapazitäten übersteigt. Wenn aber die Begründung für die Priorisierung nach Dringlichkeit im Maximierungsimperativ ausgemacht wird, dann legt sich „automatisch“ ein Kriterium für Priorisierungen *innerhalb* der Klasse höchster Dringlichkeit nahe: die komparative Erfolgsaussicht (im Sinne jedenfalls von Überlebenswahrscheinlichkeit) oder die komparative Ressourcenintensität der Behandlung. Innerhalb der Klasse höchster Dringlichkeit sind dann vorrangig diejenigen zu behandeln, bei denen ein Behandlungsversuch die höchste Erfolgsaussicht hat und am wenigsten Ressourcen verbraucht. – Der Lebensrettungsimperativ allein liefert dagegen *kein* Kriterium für Priorisierungen *innerhalb* der Klasse höchster Dringlichkeit. – Möglicherweise erscheint es deshalb einigen Positionen genau deshalb reizvoll, den Lebensrettungs- auf den Maximierungsimperativ zurückzuführen, weil man dann ein solches Kriterium hat. Das Bedürfnis, über ein Kriterium für Priorisierungen innerhalb der Klasse höchster Dringlichkeit zu verfügen, motivierte insofern zu einer bestimmten Interpretation der Triage bzw. dazu, der Priorisierung nach Dringlichkeit eine bestimmte Begründung (nämlich den Maximierungsimperativ) unterzuschieben. Das heißt aber umgekehrt: Wenn man gute Gründe hat, das Kriterium der (komparativen) Erfolgsaussicht für problematisch zu halten, dann *sollte man sich die Interpretation nicht umstandslos zu eigen machen*, wonach der Lebensrettungs- durch den Maximierungsimperativ begründet ist.²³

Es ist also entscheidend zu sehen, dass folgender Ableitungsschritt nicht trivial ist:

- (1) „Versorge vorrangig diejenigen, deren Überleben ohne sofortige Behandlung gefährdet ist.“
- (2) „Wenn es nicht möglich ist, eine jede zu versorgen, deren Überleben ohne sofortige Behandlung gefährdet ist, dann verteile die Behandlungsressourcen so, dass die Anzahl Überlebender maximiert wird – behandle deshalb vordringlich jene Patient*innen mit komparativ besseren Überlebenschancen.“

Es ist ersichtlich, dass (2) *nicht ohne weitere Prämissen* aus (1) folgt. Wenn man (2) für richtig hält, braucht man eine zusätzliche Prämisse, eben den Maximierungsimperativ:

- (3) „Maximiere die Anzahl Überlebender!“

²³ Das Bedürfnis nach einem legitimen weiteren Priorisierungskriterium, das bei „Gleichstand der Dringlichkeit“ weiterhilft, ist verständlich. Aber allein daraus, dass es ein Bedürfnis nach einem legitimen Kriterium gibt, folgt nicht, dass es ein solches Kriterium gibt.

Aus (3) lässt sich tatsächlich auf (2) schließen. Das heißt aber umgekehrt, wie gesagt, dass man dann, wenn man sich *nicht* auf (2) festlegen möchte, überlegen muss, ob es wirklich notwendig oder sinnvoll ist, (1) durch (3) zu begründen.

Wenn die Begründung für die Priorisierung nach Dringlichkeit im Maximierungsimperativ liegt, dann liegt es nahe, *innerhalb* der Klasse höchster Dringlichkeit eine Priorisierung nach Erfolgsaussicht vorzunehmen. Daraus lassen sich zwei entgegengesetzte Schlussfolgerungen ziehen: Die eine Möglichkeit ist, die Begründung des Dringlichkeitskriteriums durch den Maximierungsimperativ, aber dann eben *auch* die Legitimität des Kriteriums der Erfolgsaussicht zu akzeptieren. In diese Richtung scheinen einige medizinische Fachgesellschaften und die Bundesärztekammer zu gehen. Neben der Frage der moralphilosophischen Überzeugungskraft (insbesondere der kontroversen Frage, ob man sich dadurch auf eine utilitaristische Position festlegt) stellt sich hier allerdings auch die Frage nach den verfassungsrechtlichen Grenzen einer solchen Priorisierung (vgl. Fateh-Moghadam/Gutmann 2020). Die andere Möglichkeit ist, die Begründung des Dringlichkeitsprinzips durch den Maximierungsimperativ *aufzugeben*. Wie gesagt, das bedeutet *nicht*, dass das Dringlichkeitskriterium oder der Rettungsimperativ aufgegeben werden muss (im Gegenteil!). Er muss allerdings anders begründet werden. Die Priorisierung nach Dringlichkeit ist richtig und der Lebensrettungsimperativ ist demnach verpflichtend, aber nicht zwingend *deshalb, weil* der oberste moralische Imperativ lautet, die Anzahl Überlebender zu maximieren.

4. Eine kontraktualistische Begründung des Rettungsimperativs und der Priorisierung nach Dringlichkeit

Ich habe behauptet, dass die Priorisierung nach Dringlichkeit begründet werden kann, ohne dass dazu auf einen Maximierungsimperativ zurückgegriffen werden muss. Diese Frage ist vor allem aus folgendem Grund relevant: Ob der Maximierungsimperativ anders als utilitaristisch begründet werden kann, ist strittig (dazu gleich unten). Wenn sich zeigen lässt, dass die Priorisierung nach Dringlichkeit und der Lebensrettungsimperativ keine Begründung durch einen Maximierungsimperativ erfordern, braucht man den Streit darüber, ob der Maximierungsimperativ inhärent utilitaristisch ist, nicht zu führen. – Ich kann hier leider nur andeuten, wie eine dezidiert nicht-utilitaristische, nämlich kontraktualistische Begründung der Priorisierung nach Dringlichkeit aussehen kann. Und zwar halte ich es für aussichtsreich, über den Begriff der *Zumutbarkeit* zu argumentieren (vgl. Gutmann 2006, 38). Es geht bei der Triage ja im Prinzip um die Verteilung einer knappen Ressource, auf die prinzipiell *eine jede den gleichen Anspruch* hat. Das Argument lautet dann so: Geht es um die Verteilung

einer knappen Ressource, auf die prinzipiell eine jede den gleichen Anspruch hat, so ist eine Schlechterstellung (also hier: die Zurückstellung der weniger dringlichen Fälle) dann zumutbar, wenn es keine zur vorgeschlagenen Verteilung x alternative Verteilung y gibt, bei der die dort relativ Schlechtergestellten absolut gesehen besser dastehen als die Schlechtergestellten bei Verteilung x . Dieses Zumutbarkeitskriterium gilt vielleicht nicht allgemein und in jeder Situation, aber in bestimmten Situationstypen.²⁴ Eine Schlechterstellung ist insbesondere dann zumutbar, wenn jede andere – im Unterschied zur vorgeschlagenen – Verteilungsregel dazu führte, dass Personen unter eine bestimmte Suffizienzschwelle fallen. Oder andersherum: Eine Schlechterstellung ist *unzumutbar*, wenn sie von den Schlechtergestellten mit guten Gründen zurückgewiesen werden kann. Ein guter Grund für eine Zurückweisung ist, dass eine alternative Verteilung möglich ist, bei der die dort relativ Schlechtergestellten sehr viel besser dastehen. Ein guter Grund für eine Zurückweisung ist insbesondere, dass eine alternative Verteilungsregel gibt, die – im Unterschied zur vorgeschlagenen – nicht dazu führt, dass irgendjemand unter eine bestimmte Suffizienzschwelle fällt.

Die kontraktualistische Begründung der Triage stützt sich also auf die folgenden beiden Behauptungen:

- (a) Eine (Verteilungs-)Regel, die vorsieht, knappe Ressourcen, auf die eine jede prinzipiell das gleiche Anrecht hat, so zu verteilen, dass die relativ Schlechtergestellten im Vergleich zu allen alternativen Verteilungsregeln am besten wegkommen, bzw. eine Regel, die vorsieht, knappe Ressourcen so zu verteilen, dass niemand unter ein bestimmtes Suffizienzniveau fällt, ist in bestimmten Situationstypen S *im Interesse einer jeden*.
- (b) Die Triage-Situation zählt genau zu diesen Situationstypen S .

Zur Erläuterung: Diese Begründung behauptet nicht, dass es in *jeder denkbaren* Situation im Interesse einer jeden ist, eine knappe Ressource so zu verteilen, dass die relativ Schlechtergestellten am besten wegkommen. Aber, dies gilt für solche Situationen, in denen das Interesse, eine absolute Schlechterstellung bzw. das Unterschreiten eines bestimmten Suffizienzniveaus unbedingt zu vermeiden, *alle anderen Interessen überwiegt*. Das heißt insbesondere betrifft dies solche Situationen, in denen das Interesse, das Absinken unter ein bestimmtes Suffizienzniveau zu vermeiden, dem

²⁴ Rawls 1979 hat die berühmte These aufgestellt und ausführlich verteidigt, dass sich die Gerechtigkeit einer gesellschaftlichen Grundstruktur daran bemisst, ob sie dieses Kriterium im Hinblick auf die Verteilung von Grundgütern erfüllt.

Interesse an einer Maximierung des Erwartungsnutzens *unbedingt vorgeordnet* ist.²⁵ Und um genau eine solche Situation scheint es sich bei der Triage-Situation aber zu handeln: Diejenige Schlechterstellung, die zu vermeiden eine jede ein unbedingtes Interesse hat, ist hier die Vorenthaltung einer lebensrettenden Behandlung. Diejenige Suffizienzschwelle, deren Unterschreiten zu vermeiden eine jede ein unbedingtes Interesse hat, das auch nicht gegen eine Maximierung des Erwartungsnutzens aufgewogen werden kann, ist hier die Verfügbarkeit einer lebensrettenden Behandlung.

5. Ist eine nicht-utilitaristische Begründung auch des Maximierungsimperativs möglich?

Ich habe argumentiert, dass sich die Priorisierung nach Dringlichkeit, d.h. im Falle der Triage: die Priorisierung lebensrettender gegenüber allen anderen Behandlungen, auch ohne Rückgriff auf einen Maximierungsimperativ begründen lässt. Der Lebensrettungsimperativ – „Versorge vorrangig diejenigen, deren Überleben ohne sofortige Behandlung gefährdet ist“ – lässt sich ohne Rückgriff auf einen Maximierungsimperativ, und zwar dezidiert nicht-utilitaristisch, begründen.

Interessanterweise wird allerdings von einigen Autor*innen bestritten, dass die Festlegung auf einen Maximierungsimperativ notwendig die Festlegung auf ein utilitaristisches Kriterium bedeutet. Das heißt: Es gibt Interpretationen, die der Triage einen Maximierungsimperativ ablesen, dieses Maximierungsgebot selbst aber nicht-utilitaristisch interpretieren. Man muss deshalb drei Positionen unterscheiden:

²⁵ Die Frage, ob es in jemandes Interesse liegt, den Erwartungsnutzen zu maximieren, und zwar auch unter Inkaufnahme des Risikos des Absinkens unter eine Suffizienzschwelle, oder ob das Interesse, das Absinken unter eine Suffizienzschwelle zu verhindern, dem Interesse an einer Maximierung des Erwartungsnutzens Grenzen setzt oder vorgeordnet ist, lässt sich nicht kontextfrei beantworten. Beispiel: Es werden zwei Wetten angeboten. Wette 1: Es wird eine Münze geworfen. Entweder ein Gewinn von einer Million oder ein Gewinn von einhundert Euro. Wette 2: Es wird eine Münze geworfen. Entweder ein Gewinn von dreihundert Euro oder ein Gewinn von zweihundert Euro. Die Strategie, den Erwartungsnutzen zu maximieren, verpflichtet eindeutig auf die Wahl von Wette 1 (Wette 1: $0,5 \cdot 1\,000\,000 + 0,5 \cdot 100 = 500\,050$; Wette 2: $0,5 \cdot 300 + 0,5 \cdot 200 = 250$). (Ich vereinfache hier dahingehend, dass ich unterstelle, dass der Nutzen unmittelbar durch die monetären Einheiten messbar ist.) Was aber, wenn die betreffende Person weiter kein Geld besitzt und eine ihr nahestehende Person dringend einer lebensrettenden Behandlung bedarf, die genau zweihundert Euro kostet? In diesem Fall ist es nicht abwegig, anzunehmen, dass nicht die Maximierung des Erwartungsnutzens, sondern die Strategie der *Maximierung des Minimums* im Interesse derjenigen Person ist, der die Wette angeboten wird. (Das Beispiel lehnt sich an ein Beispiel an von Freeman 2007, 172f.)

- (a) Der Triage unterliegt ein Maximierungsimperativ. Ihr unterliegt damit ein utilitaristisches Prinzip.
- (b) Der Triage unterliegt kein Maximierungsimperativ und damit kein utilitaristisches Prinzip.
- (c) Der Triage unterliegt ein Maximierungsimperativ, aber daraus folgt noch nicht, dass ihr eine utilitaristische Begründung unterliegt. Der Maximierungsimperativ lässt sich auch nicht-utilitaristisch begründen.²⁶

Wie lässt sich Position (c) erläutern? Es gibt die Überlegung, dass in bestimmten Situationen Maximierungsimperative sozusagen *kontraktualistisch unterfangen* werden können.²⁷ Und zwar lautet das Argument, dass gezeigt werden kann, dass in bestimmten Situationen das Handeln nach einem Maximierungsgebot im *Interesse einer jeden einzelnen Person* und damit *allgemein zustimmungsfähig* ist. – Die Begründung der moralischen Vorzugswürdigkeit oder Gebotenheit einer Handlung H, die einem Maximierungsimperativ folgt, in Situation S ist dann zweistufig:

- (1) H führt in S zu einer Optimierung des Gesamtnutzens.
- (2) Die Optimierung des Gesamtnutzens ist in S im Interesse jeder einzelnen.

²⁶ Diese Position vertreten Brech 2008 und Lübbe 2001, 2006, 2006a, 2015, 2020, 2020a.

²⁷ Vgl. grundsätzlich bspw. Scanlon 1998, 229–241; auf die Allokation von Gesundheitsleistungen bezogen vgl. Gutmann 2006; Lübbe 2002 und Lübbe 2015, 233–252; speziell auf die Triage bezogen entwickelt dieses Argument Lübbe, vgl. Lübbe 2006a; vgl. für eine kontraktualistische Begründung der Triage, die in gewissem Umfang utilitaristische Kriterien einbezieht, Winslow 1982.

(3) (Kontraktualistische Prämisse:) Diejenige Handlung ist moralisch geboten, die im Interesse einer jeden Person ist und der zuzustimmen deshalb eine jede einen Grund hat.²⁸

(4) Also: H ist in S geboten.

Das Argument lautet dann auf die Triage im Katastrophenfall bezogen so: Eine Priorisierung, die auch das Kriterium der Erfolgsaussicht (im Sinne von Überlebenswahrscheinlichkeit) berücksichtigt, ist *nicht* allein schon deshalb richtig, weil sie die Anzahl Überlebender maximiert (wie es die Utilitarist*innen behaupten). Die Priorisierung nach Erfolgsaussicht ist deshalb richtig, weil in den Triage-Situationen unterstellt werden kann, dass es *im Interesse einer jeden Person* liegt, dass die Anzahl Überlebender maximiert wird.

Das erscheint in der Tat als eine Differenz ums Ganze – als Differenz zwischen einer utilitaristischen und einer kontraktualistischen, deontologischen Begründung der Triage. Gleichwohl: Es bleibt zu fragen, wie weit diese Unterscheidung letztlich trägt. Der

²⁸ Diese Formulierung der kontraktualistischen Grundprämisse erfordert eigentlich einige Erläuterungen, auf die hier verzichtet werden muss. Nur so viel: Wichtigstes Merkmal einer kontraktualistischen Rechtfertigung einer allgemeinen Regelung ist demnach, dass ihr *eine jede* zustimmen kann. Darüber hinaus braucht es aber irgendeine Qualifikation der Art der Gründe der Zustimmung. Es ist nicht jede beliebige Zustimmung hinreichend – sonst würde der Begriff des Kontraktualismus ganz formal werden und wäre mit *jeder beliebigen normativen Ethik* vereinbar: So wäre nämlich eine ihrem Inhalt nach utilitaristische Regel bereits dann kontraktualistisch gerechtfertigt, wenn die Kontrahent*innen überzeugte Utilitarist*innen sind. Ich setze in der obigen Formulierung (ohne das näher auszuführen) voraus, dass ein hinreichend qualifizierter Grund der Zustimmung zu einer Regelung *jedenfalls dann* vorliegt, wenn diese Regelung im Interesse der Zustimmungenden liegt. Über den Begriff des Interesses ist damit noch nichts gesagt. Insbesondere soll damit noch keine Festlegung verbunden sein, dass kontraktualistische Rechtfertigungen stets solche sein müssten, die auf das *aufgeklärte Eigeninteresse* der Kontrahent*innen abstellen. Für eine kontraktualistische Theorie, die Zustimmungsgünde nicht auf solche des Eigeninteresses beschränkt, vgl. Scanlon 1998.

Maximierungsimperativ bleibt m.E. seinem *Inhalt* nach utilitaristisch, denn sein Maximandum ist eine Nutzensumme, die über Personengrenzen hinweg aggregiert wird.²⁹

Auf jeden Fall wird eine genauere Bestimmung derjenigen Situationstypen benötigt, in denen davon ausgegangen werden kann, dass das Befolgen eines Maximierungs- oder Effizienzgebots im Interesse einer jeden ist. Wer nämlich behauptete, das Befolgen eines Maximierungs- oder Effizienzgebots sei *stets* und in *allen* Situationen im Interesse einer jeden, verträte eine utilitaristische Theorie, die notdürftig und eher oberflächlich kontraktualistisch eingekleidet ist (vgl. auch Lübbe 2015, 246). – Es muss also gezeigt werden, wodurch sich Situationstypen allgemein auszeichnen, in denen gilt, dass das Befolgen eines Maximierungsgebots im Interesse einer jeden ist. Im nächsten Schritt muss dann gezeigt werden, dass die Triage zu diesen Situationstypen zählt. – Ein Vorschlag lautet nun, dass sich solche Situationstypen dadurch identifizieren lassen, dass sich denken lässt, dass sich alle Beteiligten *ex ante* auf eine Regel geeinigt haben könnten, die ein Handeln nach Effizienz Gesichtspunkten vorschreibt. Ein solcher *ex ante-Konsens* ist die Rechtfertigungsfigur, auf die Weyma Lübbe in ihrer kontraktualistischen Begründung des Maximierungsimperativs in Triage-Situationen verweist (vgl. Lübbe 2002; Lübbe 2006a.). Das Argument lautet: Wenn wir uns im Vorhinein auf eine Regel einigen, die besagt, dass in Katastrophensituationen nach dem Imperativ der Maximierung der Anzahl Überlebender gehandelt werden soll, steigert das die Wahrscheinlichkeit des Überlebens *jeder einzelnen*. Deshalb ist eine solche Regel *ex ante* im Interesse einer jeden und damit allgemein zustimmungsfähig.

²⁹ Brech 2008 (auf den sich auch Taupitz 2020 bezieht) – der die weitreichende These vertritt, ein Maximierungsgebot sei verfassungsrechtlich nicht nur zulässig, sondern geboten – hält das das Maximierungsgebot ebenfalls nicht für utilitaristisch (insbesondere Brech 2008, 238). Die Begründung ist allerdings unzureichend. An der entscheidenden Stelle heißt es, mit Verweis auf den Medizinethiker John Harris: „Das Leben eines jeden Menschen ist für sich genommen wertvoll, und *genau aus diesem Grunde* [!] sind zwei Leben wertvoller als eines.“ (Brech 2008, 247, Hervorhebung hinzugefügt) Ob zwischen den beiden Teilsätzen die behauptete Ableitungsbeziehung besteht, ist aber alles andere als selbstevident und vielmehr gerade die Frage, die den Gegenstand der Kontroverse ausmacht. Brech weist die entgegengesetzte Auffassung, wonach diese Ableitungsbeziehung nicht besteht, mit folgendem Argument zurück: „Letztlich muss diese Ansicht dann aber tatsächlich das Vorhandensein der zusätzlich bedrohten Leben und damit auch das Bestehen ihrer Ansprüche auf Achtung ihrer Persönlichkeit in der größeren Gruppe als etwas ansehen, das der Bilanz an geretteten Werten überhaupt nichts hinzugefügt. Die zusätzlich rettbarer Leben und damit Achtungsansprüche bilden für Vertreter des Quantifizierungsverbotes keinen relevanten Gesichtspunkt, als wären sie gar nicht vorhanden.“ (Brech 2008, 248) Dieses Argument hat bereit Scanlon vorgebracht (Scanlon 1998, 232). Es ist aber alles andere als geklärt, ob es sich hierbei nicht – gegen Scanlons kontraktualistischen Anspruch – doch um ein originär aggregationistisches, mithin utilitaristisches Argument handelt (vgl. m. w. N. Lübbe 2015, 247f., FN 317).

– Wohlgermerkt: Die Begründung des Maximierungsgebots ist nicht, dass es einen solchen Konsens zu irgendeinem Zeitpunkt tatsächlich gegeben hat. Es ist vielmehr die *Denkbarkeit* eines solchen ex ante-Konsenses, die das Kriterium dafür darstellen soll, ob die Maximierungsregel im Interesse einer jeden und ein Handeln nach ihr damit mit dem Gebot der gleichen Achtung für eine jede vereinbar ist.

Es soll nicht bestritten werden, dass es *grundsätzlich* möglich ist, für bestimmte Situationen ein Handeln nach Aggregationsgeboten und Effizienz Gesichtspunkten kontraktualistisch, also als im Interesse einer jeden liegend zu begründen. Aber es ist weniger klar, ob dies tatsächlich auch dann gilt, wenn es um *existentielle* Interessen jeder einzelnen geht. Lässt sich im Fall der Triage aus der Erhöhung der Überlebenschance jeder einzelnen ex ante auf die Zustimmungsfähigkeit der Regel schließen, die zu dieser Erhöhung führt? – Diese Frage scheint mir nicht einfach zu beantworten. Ich möchte an dieser Stelle nur auf einen Gesichtspunkt hinweisen: Der Ableitungsschritt von „eine jede könnte ex-ante zustimmen“ zu „eine jede wird an dieser Regel, deshalb, weil sie ex-ante hätte zustimmen können, auch ex-post festhalten“ ist alles andere als trivial – jedenfalls dann, wenn es um existentielle Interessen geht. Eine Priorisierung, die sich nach dem Maximierungsimperativ und deshalb nach dem Kriterium komparativer Erfolgsaussicht richtet, ist *nicht* im *aktuellen* Interesse einer jeden – nämlich nicht im Interesse derjenigen, die durchaus noch eine (wenn auch komparativ geringere) Überlebenschance besitzen, denen aber eine Behandlung im Interesse anderer verweigert wird. Ist es erwartbar oder auch zumutbar, dass Personen an einer sie in der dann eintretenden Situation benachteiligenden Regel festhalten, wenn existentielle Interessen (das eigene Überleben) auf dem Spiel stehen? Man könnte sogar umgekehrt argumentieren: Genau deshalb, weil eine Person weiß, dass sie an einem Maximierungsgebot *nicht* festhalten können wird, wenn dies dazu führt, dass sie im Hinblick auf existentielle Interessen benachteiligt wird, kann sie einer solchen Regel, die ein Handeln nach dem Maximierungsgebot vorschreibt, ex ante auch nicht zustimmen – und zwar selbst dann nicht, wenn diese Regel ihren Erwartungsnutzen maximiert.³⁰

Es gibt aber im Hinblick auf die derzeitige Diskussion einer Triage bei pandemiebedingter Überlastung der Intensivstationen einen noch wichtigeren Gesichtspunkt. Unabhängig von der Frage, ob der Maximierungsimperativ in *Katastrophensituationen*

³⁰ Dieses Argument der *Bürden der Vertragstreue* – vernünftige Vertragspartner*innen stimmen nur solchen Regeln zu, von denen sie annehmen können, dass sie sie auch einhalten können – ist in einem anderen Zusammenhang ausführlich von Rawls entwickelt und diskutiert worden, vgl. insbesondere Rawls (1979), 169 u. 202–204.

kontraktualistisch begründbar ist, ist sehr zweifelhaft, ob er im Hinblick auf eine pandemiebedingte Knappheit an Behandlungsressourcen auf diese Weise gerechtfertigt werden kann. Die wichtigste Bedingung nämlich, auf die Lübbe verweist, die erfüllt sein muss, um einen ex ante-Konsens über ein Handeln nach dem Maximierungsimperativ annehmen zu können, ist diese: Man darf nicht von vornherein bereits wissen, *wer* durch den Maximierungsimperativ benachteiligt werden wird (Lübbe 2002, 110f.). Es darf nicht im Voraus bekannt sein, wie die Erfolgsaussichten zwischen den Beteiligten verteilt sind, wenn das Kriterium der Erfolgsaussicht allgemein zustimmungsfähig sein soll. – Es ist aber sehr fraglich, ob diese Bedingung bei einer pandemiebedingten („Corona“) Triage erfüllt ist (vgl. jetzt auch Lübbe 2020a, 439). Denn die Erfolgsaussichten und die Schwere des Krankheitsverlaufs stehen hier regelmäßig in einem Zusammenhang mit dem Alter sowie Art und Schwere von Vorerkrankungen. Das ist der Unterschied zu einer Triage in einer Katastrophensituation wie bspw. nach einem Erdbeben oder einem Bombenanschlag: Hier kann man davon ausgehen, dass die Verteilung der Schädigungen und die damit korrelierenden Erfolgsaussichten der Behandlung in der Regel nicht in erster Linie durch bereits im Vorhinein bekannte Vorerkrankungen festgelegt werden. – Aus diesem Grund ist möglicherweise die Diskussion der Triage in Katastrophenfällen das grundsätzlich falsche Paradigma für die Diskussion einer pandemiebedingten Überlastung von Intensivstationen.³¹

Ich möchte deshalb nochmals auf einen wichtigen Unterschied zwischen einer direkten kontraktualistischen Begründung des Dringlichkeitskriteriums und des Rettungsimperativs und einer Begründung hinweisen, die den Umweg über eine kontraktualistische Rechtfertigung einer situativen Anwendung des Maximierungsimperativs nimmt: Die oben vorgeschlagene direkte kontraktualistische Begründung der Priorisierung nach *Dringlichkeit* erfordert (anders als die kontraktualistische Begründung einer Priorisierung nach Erfolgsaussicht) *keine* ex-ante-Fiktion. Die Priorisierung nach Dringlichkeit ist auch dann zu rechtfertigen, wenn bereits bekannt ist, wer dadurch priorisiert wird und wer nicht. Und zwar aus folgenden Gründen: Zum einen – das ist das wichtigste Argument – kann die Priorisierung nach Dringlichkeit von denjenigen Patient*innen, deren Behandlung dadurch posteriorisiert wird, *nicht als illegitim* zurückgewiesen werden. Denn jede andere Verteilung der knappen Ressource der Behandlungskapazität würde den dann Schlechtergestellten eine noch wesentlich größere (bzw. maximale) Schädigung zumuten. Dem Einspruch könnte also entgegnet werden, er erfülle nicht ein für Legitimitätsargumente basales Reziprozitätskriterium.

³¹ Vgl. die Differenzierung zwischen „Knappheitslage“ und „Katastrophenlage“ bei Lübbe 2020a.

Zum anderen ließe sich darüber hinaus sogar argumentieren, dass die Priorisierung nach Dringlichkeit auch im *aufgeklärten Eigeninteresse* derjenigen leichter Verwundeten ist, deren Behandlung dadurch posteriorisiert wird, weil diese nämlich ein Interesse an der Beibehaltung der Regel „Dringlichkeit zuerst“ haben, weil sie möglicherweise in der Zukunft selbst einmal zu den dringlichsten Fällen gehören werden (Baker/Strosberg 1992, 113).

Ist die Frage nach der Möglichkeit einer kontraktualistischen Begründung des Maximierungsimperativs praktisch relevant? Allerdings, denn an folgendes sei erinnert: Das Festhalten daran, dass in Triage-Situationen der Maximierungsimperativ gilt, auch wenn dieser nicht unmittelbar utilitaristisch, sondern kontraktualistisch begründet wird, legt es zumindest nahe, dass innerhalb der Kategorie höchster Dringlichkeit bei unzureichenden Ressourcen nach Erfolgsaussicht priorisiert wird.

6. Ist die nicht-utilitaristische, deontologische Position rigoristisch?

Eine Priorisierung nach Erfolgsaussicht, wie sie medizinische Fachgesellschaften und Bundesärztekammer vorschlagen, kann nicht einfach als intuitiv plausibel oder durch Rückgriff auf eine selbstverständliche Plausibilität des Maximierungsimperativs behauptet werden. Insbesondere – das war der entscheidende Punkt – kann nicht einfach suggeriert werden, die Priorisierung nach Erfolgsaussicht schließe sozusagen zwanglos an ein Prinzip an, das der Triage immer schon zugrunde liege und das allgemein akzeptiert sei. Das ist nämlich nicht der Fall. Wer die Erfolgsaussicht als ein legitimes oder sogar gebotenes Kriterium der Priorisierung ansieht, muss dies eigenständig begründen und kann nicht einfach auf einen Maximierungsimperativ verweisen, der als selbstverständlich vorausgesetzt wird (und zwar auch dann nicht, wenn das Kriterium der Erfolgswahrscheinlichkeit nicht im Sinne der Nutzenhöhe, sondern der komparativen Überlebenswahrscheinlichkeit verstanden wird). Denn unabhängig davon, ob sich der Maximierungsimperativ auch auf eine nicht-utilitaristische Weise interpretieren lässt, ist es nicht zwingend, der Triage überhaupt ein solches Maximierungsgebot abzulesen.

Deontologischen Positionen, wie der hier skizzierten kontraktualistischen Begründung der Triage, wird von Utilitarist*innen mitunter vorgeworfen, rigoristische Konsequenzen zu haben („ethischer Absolutismus“, „praxisfern“, „Prinzipienrigorismus“). Ist dieser Rigorismusvorwurf berechtigt? Um diese Frage zu beantworten, ist es wichtig, nochmals zu verdeutlichen, was genau daraus folgt, wenn man die Triage kontraktualistisch, und nicht utilitaristisch, begründet. Aus der kontraktualistischen Begründung der Triage lässt sich nicht ableiten, dass innerhalb der Klasse höchster

Dringlichkeit eine Priorisierung nach Erfolgsaussicht geboten ist. Falls sich das Kriterium der Erfolgsaussicht nicht auf einem anderen als dem hier kritisierten Weg begründen und auch kein alternatives Kriterium kontraktualistisch begründen lassen sollte – beides Fragen, die nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung waren – so folgte daraus, dass es kein Kriterium gibt, dass der Ärzt*in vorschreiben würde, welche Patient*in sie behandeln sollte, wenn zwei gleichermaßen bedürftige Patient*innen A und B mit unterschiedlicher Erfolgsaussicht um eine knappe Ressource konkurrieren (zwei beatmungspflichtige Patient*innen, eine Beatmungsmaschine). Das heißt auch: Es kann der Ärzt*in nicht zum Vorwurf gemacht werden, nicht die Behandlung einer Patient*in zugunsten einer oder eines anderen unterlassen zu haben. Genau diesen Vorwurf *müsste* man aber erheben, wenn man das Kriterium der Erfolgsaussicht für maßgeblich hält und Ärzt*innen eine Patientin oder einen Patienten mit geringerer Erfolgsaussicht behandeln. Ebenso müsste man in diesem Fall diesen Vorwurf erheben, wenn man das Maximierungsgebot akzeptiert.³² Denn es dient nicht der Maximierung der Anzahl Überlebender, Patient*innen mit komparativ geringerer Erfolgsaussicht (Überlebenschance) zu behandeln.³³ Einen solchen Vorwurf zu machen hieße aber, Ärzt*innen vorzuwerfen, die Behandlung von bedürftigen und höchstdringlichen Patient*innen nicht zugunsten einer oder eines anderen unterlassen zu haben.³⁴ – Ist es wirklich eindeutig, welche Position hier mit mehr Recht rigoristisch zu nennen ist?

Vor diesem Hintergrund muss zudem auf einem *kategorialen* Unterschied zwischen der sog. „ex ante-Triage“ und der sog. „ex post-Triage“ bestanden werden. Die DIVI-Empfehlungen gehen nämlich soweit, sogar eine ex post-Triage zu fordern, d.h. eine in regelmäßigen Abständen erfolgende Re-Evaluation intensivmedizinischer Behandlungen („Verlaufstriage“), die auch die komparative Erfolgsaussicht im Vergleich zu anderen Patient*innen berücksichtigt. Das bedeutet, dass eine im Einzelfall weiterhin

³² Brech 2008 vertritt die These, es gebe verfassungsrechtlich nicht nur kein Quantifizierungsverbot, sondern, wenn es um die Rettung von Menschenleben geht, ein Quantifizierungsgebot (vgl. insbesondere Brech 2008, 238–241 und 244–248).

³³ Wenn man das Maximierungsgebot tatsächlich *einschränkungslos* akzeptierte, so müsste man Ärzt*innen in der Konsequenz sogar vorwerfen, Patient*innen behandelt zu haben, deren Behandlung ressourcenintensiver war.

³⁴ Es ist möglich, hier sogar den (ethisch inakzeptablen) Vorwurf des Unterlassens einer *Instrumentalisierung* (nämlich derjenigen Patient*innen mit komparativ geringerer Erfolgsaussicht zugunsten anderer Patient*innen) zu erkennen. Ob nicht nur aktive Schädigung, sondern auch die *Unterlassung einer Hilfeleistung* den Charakter einer Instrumentalisierung haben kann, ist allerdings umstritten (zustimmend Lob-Hüdepohl 2020 u. 2020a, ablehnend Brech 2008, 252f., 258).

nicht aussichtslose und dem Willen der Patient*in entsprechende Behandlung deshalb abgebrochen werden kann, weil um die Behandlungsressource neue Patient*innen mit komparativ besseren Erfolgsaussichten konkurrieren.

Die Zulässigkeit einer ex post-Triage ist allerdings aus einer ganzen Reihe von Gründen hochgradig kontrovers (zu einer grundsätzlichen Kritik vgl. Lob-Hüdepohl 2020 u. 2020a und Deutscher Ethikrat 2020; zur Gegenposition Tauptiz 2020). So ist es fraglich, ob die Situation der ex post-Triage überhaupt unter die Beschreibung fällt, dass es hier um die Verteilung einer knappen Ressource ginge, auf die prinzipiell eine jede ein *gleiches* Anrecht habe. Durch die Aufnahme der Behandlung ergeben sich, so die Gegenposition, spezielle Rechte der Patient*in und spezielle Verpflichtungen der Ärzt*in. Der noch grundsätzlichere Punkt ist allerdings: Die Zulässigkeit der ex post-Triage zu behaupten setzt voraus, den Abbruch einer weiterhin mutmaßlich gewollten und weiterhin indizierten Behandlung grundsätzlich überhaupt für zulässig zu halten.³⁵

Nun gibt es eine Verteidigung der ex post-Triage, die sagt, dass es irrational wäre, den Zufall der zeitlichen Reihenfolge über die Verteilung von Behandlungsressourcen entscheiden zu lassen (vgl. Wuermeling 2001, 136). Demgegenüber verteidigen Befürworter*innen eines Verbots einer ex post-Triage den Zufall als Entscheidungskriterium (Lob-Hüdepohl 2020 u. 2020a, Sternberg-Lieben 2020). Ich denke aber, dass man das Verbot der ex-post-Triage prinzipiell auch verteidigen kann, *ohne* das Zufallskriterium für sich verteidigen zu müssen. Man unterscheide nämlich folgende beiden Fälle:

Fall 1: A und B werden zeitgleich ins Krankenhaus eingeliefert, sind beide beatmungspflichtig, es gibt nur eine Beatmungsmaschine. Es wird eine Münze geworfen.

³⁵ Es wird mitunter argumentiert, dass in anderen Kontexten die Unterscheidung zwischen Unterlassen (Nicht-Aufnehmen einer Behandlung) und Tun (aktiver Abbruch) zugunsten eines übergreifenden Konzepts des Behandlungsabbruchs zurückgestellt wird (im Fall der sog. „passiven Sterbehilfe“) (vgl. etwa Tauptiz 2020, 446f.). Aber daraus, dass diese Unterscheidung in *manchen* Kontexten zurückgestellt werden kann, folgt nicht, dass dies in *allen* Kontexten zulässig ist. Im Fall der „passiven Sterbehilfe“ geht es, anders als bei der ex-post-Triage, ausschließlich um den Abbruch von Behandlungen, die nicht mehr indiziert sind und/oder nicht mehr dem mutmaßlichen Willen von Patient*innen entsprechen. (Diesen entscheidenden Unterschied betont auch Sternberg-Lieben 2020, 636.) Daraus, dass in diesem Fall – der Wille von Patient*innen lautet auf Abbruch – ein Behandlungsabbruch zulässig ist, auch wenn dieser ein aktives Tun erfordert, folgt nicht, dass ein Behandlungsabbruch im Falle einer weiterhin gewünschten und indizierten Behandlung zulässig ist.

Fall 2: A wird bereits beatmet, es besteht weiterhin eine gewisse Erfolgsaussicht, die allerdings wesentlich geringer ist als bei Patientin B, die neu eingeliefert wird und ebenfalls beatmungspflichtig ist. Die Behandlung von Patient*in A wird weitergeführt.

Ich denke, dass sich Fall 1 und Fall 2 dahingehend unterscheiden, dass man nur im Fall 1, aber *nicht* im Fall 2 davon sprechen muss, dass der Zufall zum Entscheidungskriterium gemacht wird. Und zwar deshalb, weil es in Fall 2 überhaupt nicht eindeutig ist, ob überhaupt *irgendetwas entschieden wird*. Die Regel „first come, first served“ muss man nämlich *nicht zwingend* so interpretieren, als würde dadurch der Zufall zum Entscheidungskriterium gemacht. Die alternative Beschreibung lautet: Es gibt hier gar keine Entscheidung – und damit auch kein Kriterium, das die Entscheidung anleitet. Wenn es kein Kriterium gibt, das die Entscheidung anleitet, weil es keine Entscheidung gibt, die angeleitet werden müsste, dann lässt sich auch nicht davon sprechen, dass der Zufall zum Entscheidungskriterium gemacht werde. Eine mögliche alternative Interpretation von Fall 2 lautet nämlich: Zum Zeitpunkt des Einlieferns von Patient*in B gibt es keine freie Beatmungsmaschine und damit keine Ressource, über deren Verteilung man irgendwie entscheiden könnte. Man kann Fall 2 analog zu dem Fall betrachten, dass eine beatmungspflichtige Person in ein Krankenhaus eingeliefert wird, in dem es keine Beatmungsmaschine gibt. Niemand würde hier davon sprechen, dass „entschieden“ würde, eine Beatmungsmaschine nicht einzusetzen, die es gar nicht gibt.

Während es unstrittig ist, dass im Fall 1 (ex ante-Triage) eine *Pflichtenkollision* besteht, so ist es höchst umstritten und kann deshalb nicht einfach als „neutrale“ Beschreibung vorausgesetzt werden, dass es auch im Fall der ex post-Triage eine Pflichtenkollision gibt. Ob sich Fall 2 als eine Pflichtenkollision interpretieren lässt, ist bereits selbst eine

normativ imprägnierte und alles andere als geklärte Frage. Wenn es aber keine Pflichtenkollision gibt, dann gibt es auch keine mögliche Rechtfertigung des Behandlungsabbruchs durch Pflichtenkollision.³⁶

Es sei in diesem Zusammenhang auch nochmals an die oben dargestellte Gefahr einer Kaschierung von Allokationsentscheidungen und insbesondere einer Priorisierung nach Erfolgsaussicht (d.h. im Falle einer ex post-Triage: des fremdnützigen Behandlungsabbruchs) durch eine semantische Flexibilisierung des Indikationsbegriffs erinnert. Es ist nämlich unstrittig, dass auch eine einmal aufgenommene Behandlung dann nicht weitergeführt werden muss, wenn keine Indikation mehr besteht, wenn also die weitere Behandlung aussichtslos ist. Auf diesen Grundsatz der Möglichkeit einer auch im Laufe der Behandlung wiederholt stattfindenden Re-Evaluation ihrer Erfolgsaussicht kann aber nur solange als unproblematisch zurückgegriffen werden, solange die Indikationsstellung strikt individuell, d.h. nicht-komparativ erfolgt. Es besteht aber die Gefahr, dass die Priorisierungsentscheidung hinter der Annahme des Wegfalls der Indikationsstellung versteckt wird.³⁷ Die entscheidende Frage lautet immer: Bestünde eine Indikation zur Fortführung der Behandlung unter der Voraussetzung, dass keine Ressourcenknappheit herrschte? Es besteht hier die große Gefahr, unter dem Mantel eines flexibilisierten Indikationsbegriffs Allokationsentscheidungen zu verstecken.

³⁶ Dieser Unterschied ist auch strafrechtlich von hoher Relevanz. Denn wenn im Falle der ex post-Triage keine rechtfertigende Pflichtenkollision angenommen werden kann, bliebe als Rechtfertigungsgrund des Abbruchs einer weiterhin indizierten und dem Willen der Patient*in entsprechenden Behandlung nur die Möglichkeit der Annahme eines rechtfertigenden Notstands. Dies ist indes ausgeschlossen, weil im Falle des rechtfertigenden Notstands das geschützte Interesse das beeinträchtigte Interesse *wesentlich überwiegen* muss (vgl. § 34 StGB). Man müsste deshalb, um einen rechtfertigenden Notstand annehmen zu können, argumentieren, dass das Interesse an lebenserhaltender Behandlung der neu eingelieferten Patient*in dasjenige der sich bereits in Behandlung befindlichen Patient*in wesentlich überwiegt. Eine solche Argumentation ist aber durch den fundamentalen verfassungsrechtlichen Grundsatz der *Lebenswertindifferenz* ausgeschlossen. Vor diesem Hintergrund ist die Frage, ob sich die ex post-Triage als Pflichtenkollision beschreiben lässt, alles andere als bloß theoretisch. Vgl. Fateh-Moghadam/Gutmann 2020 und Sternberg-Lieben 2020. – Für die Gegenposition: Taupitz 2020 zieht die Differenz zwischen Nicht-Aufnahme und Abbruch einer bereits begonnenen Behandlung ein und erklärt ausdrücklich den Fall der ex-post-Triage zu einer möglichen Pflichtenkollision (dort weitere Nachweise).

³⁷ Die Tendenz, das Verbot des Abbruchs einer weiterhin dem mutmaßlichen Willen entsprechenden und *indizierten* Behandlung durch Aufweichung des auf den Einzelfall bezogenen Indikationsbegriffs zu umgehen, wird auch bei Heller/Schubert/Schuler 2020 deutlich, die (in ihrer Verteidigung der Zulässigkeit der ex post-Triage) über „Indikationen (Indikationsregeln) für Gruppen von Patienten“ nachdenken.

Wenn man das Maximierungsgebot und das Kriterium komparativer Erfolgsaussicht wirklich einschränkungslos akzeptieren wollte, so müsste man einen *fremdnützigen Behandlungsabbruch* nicht nur für zulässig, sondern in bestimmten Fällen sogar für geboten halten. Vor diesem Hintergrund ist nochmal zu fragen, ob wirklich klar ist, welche Position – die deontologische oder die utilitaristische – sich den Vorwurf des Rigorismus gefallen lassen muss.

7. Fazit und Schlussfolgerungen: Vorsicht vor Maximierungsimperativen!

Eine prima facie-Akzeptabilität des Kriteriums der Erfolgsaussicht wird häufig durch die Suggestion gestützt, bei diesem handele es sich – im Unterschied zu anderen Priorisierungskriterien – um ein „streng wissenschaftliches“ oder „ausschließlich medizinisches“ Kriterium.³⁸ Deshalb ist es wichtig, auf folgende Unterscheidung zu verweisen: Die Frage, *ob* und *welche* Erfolgsaussicht im individuellen Fall besteht, ist eine Frage, die sich mit medizinischer Expertise klären lässt. Die Frage, ob (komparative) Erfolgsaussicht ein legitimes Kriterium der Priorisierung von Behandlung sein kann, ist dagegen *keine* medizinische, sondern eine *normative* Frage.³⁹ Diese Frage ist keine medizinische, sondern eine ethische, und dazu in gewissem Umfang auch rechtliche Frage.

Nicht nur für die Katastrophenmedizin und die allgemeine Frage nach der Allokation von Gesundheitsleistungen, auch für die Soziale Arbeit ist die Sensibilisierung gegenüber den unterschiedlichen Bedeutungen und der ethischen Problematik des Kriteriums der Erfolgsaussicht als Allokationskriterium bedeutsam. Auch hier ist zunächst auf die grundsätzliche Äquivokation im Begriff der Erfolgsaussicht hinzuweisen: Das Kriterium der Erfolgsaussicht kann zum einen die Frage betreffen, ob eine Intervention im Einzelfall – und unabhängig von ihrem Ressourcenverbrauch – eine hinreichende minimale Erfolgsaussicht besitzt. Zum anderen kann das Kriterium der Erfolgsaussicht aber komparativ verstanden werden und fragt dann nach der relativen

³⁸ So erfüllt etwa für Illhardt das Kriterium der Erfolgsaussicht die Bedingung, dass Priorisierungskriterien „streng medizinisch sein“ müssen – im Unterschied zu Kriterien wie der gesellschaftlichen Nützlichkeit oder dem „sozialen Status“ einer Person, für die das nicht gelte (Illhardt 2001, 198).

³⁹ Es ist deshalb keine sinnvolle Forderung, in der Priorisierungsdebatte dürften „außermedizinische“ Gesichtspunkte keine Rolle spielen. Denn es gibt kein „medizinisches“ Kriterium, das zwischen zwei gleichermaßen indizierten und gleichermaßen dringlichen Behandlungen entscheiden könnte. Die Forderung, in einem solchen Konfliktfall allein nach medizinischen Kriterien zu entscheiden, bedeutet deshalb bloß, dass eine (implizit) normative Entscheidung als „medizinisch“ maskiert und so der kritischen Diskussion entzogen wird.

Erfolgswahrscheinlichkeit oder der Nutzenhöhe einer Intervention im Vergleich zu einer anderen Intervention bei einer *anderen* Klient*in. Die ethische Plausibilität der ersten Bedeutung von Erfolgsaussicht (Minimalnutzenschwelle) darf nicht einfach umstandslos auf die zweite Bedeutung übertragen werden. – So ist es auch zu problematisieren, was es genau bedeuten soll, wenn für die Berufsethik Sozialer Arbeit ein „Effektivitätsprinzip“ aufgestellt wird (Kaminsky 2018, 189). Dieses Prinzip findet sich nämlich nicht in der ‚klassischen‘ Prinzipienethik der Medizinethik (Autonomie, Fürsorge, Nichtschaden, Gerechtigkeit). Heißt das, in der Medizinethik spielt die Effektivität einer Behandlung bislang keine Rolle? – Wohl eher nicht. Kaminsky erläutert das Effektivitätsprinzip so: „Soziale Arbeit verpflichtet dazu, die Wirksamkeit des eigenen Tuns sicherzustellen.“ (Kaminsky 2018, 189) Aber eine solche „Verpflichtung zur ziel-führenden Wirksamkeit des professionellen Handelns“ (Kaminsky 2018, 189) lässt sich bereits dem Nichtschadens- und dem Fürsorgeprinzip entnehmen. Das verdeutlicht der Vergleich zur Medizinethik: Die Durchführung einer medizinischen Intervention, deren Wirksamkeit nicht hinreichend sicher ist, verletzt, insofern jede Intervention Nebenwirkungen haben kann, das Nichtschadensprinzip, und sie verletzt, insofern der betreffenden Patient*in dadurch eine alternative wirksame Behandlung vorenthalten wird, das Fürsorgeprinzip. Im Grundsatz folgt deshalb allein schon aus dem Fürsorge- und Nichtschadensprinzip, dass Interventionen nicht durchgeführt werden dürfen, deren Wirksamkeit nicht hinreichend sicher ist.⁴⁰ Es ist nicht zu sehen, warum dies in Bezug auf Interventionen im Bereich Sozialer Arbeit ganz anders sein sollte. Eine Ergänzung der Prinzipienethik durch das Effektivitätsprinzip ist deshalb, solange tatsächlich auf die Wirksamkeit im individuellen Fall abgestellt wird, redundant. Nicht redundant wäre das Prinzip nur, wenn unter der Hand doch nicht Effektivität, sondern *Effizienz* der sozialprofessionellen Intervention gemeint wäre: also das *Verhältnis* zwischen Erfolgswahrscheinlichkeit, Nutzenhöhe und Kosten. Es ist aber offenkundig, dass die ethische Akzeptabilität eines *solchen* Kriteriums – das dann eben auch einen

⁴⁰ Ich schreibe „im Grundsatz“, weil es Grenzfälle gibt, wo von diesem Grundsatz mit guten Gründen abgewichen werden kann: etwa, wenn es keine alternative Therapie gibt und die drohende Schadenshöhe sowie die Eintrittswahrscheinlichkeit der Schädigung bei Nichtbehandlung sehr groß ist.

komparativen Begriff der Erfolgsaussicht voraussetzen würde – wesentlich umstrittener ist und einer genaueren Begründung sowie (möglicherweise kontextspezifischen) Ausformulierung bedürfte.⁴¹

Zudem ist vor dem Hintergrund der obigen Ausführungen auch in der Berufsethik Sozialer Arbeit die Attraktivität kontraktualistischer Begründungen von Verteilungsregeln zu betonen, wenn man den Bezugspunkt Sozialer Arbeit primär in individualrechtlichen Ansprüchen ausmacht.⁴² Das Einfordern kontraktualistischer Rechtfertigungen sperrt nämlich den unmittelbaren Rückgriff auf aggregierte Nutzensummen (Scanlon 1998, 229). Deshalb ist nochmals zu einer Vorsicht vor Maximierungsimperativen zu raten. Es darf nicht einfach umstandslos davon ausgegangen werden, dass Maximierungsgebote ethisch akzeptabel sind. Möglicherweise sind allerdings bestimmte Maximierungsgebote in bestimmten Situationen nicht nur utilitaristisch, sondern auch kontraktualistisch begründbar. Eine kontraktualistische Begründung verpflichtet aber dazu, jeweils *kontextspezifisch* zu zeigen und zu begründen, warum im jeweiligen Situationstyp ein Handeln nach einem Maximierungsgebot im Interesse einer jeden ist und den Anspruch auf gleiche Achtung einer jeden erfüllt. Eine kontraktualistische Begründung erfordert also grundsätzlich mehr argumentativen Aufwand als ein unmittelbarer Rückgriff auf ein utilitaristisches Gesamtnutzenkriterium. Eine kontraktualistische (und nicht: utilitaristische) Begründung empfiehlt sich aber, wenn man davon ausgeht, dass die eigentliche ethische und rechtliche Bezugsebene sozialprofessioneller Interventionen nicht die Maximierung eines Gesamtnutzens, sondern *individuelle Rechtsansprüche* darstellen.

⁴¹ In der Berufsethik des DBSH („Berufsethik des DBSH. Ethik und Werte“, Form sozial 4/20) wird das Effektivitätsprinzip erläutert als das Gebot der „Vermeidung von Fehlinvestitionen und unnötigen Lasten“ (S. 27). Auch diese Formulierung ist mehrdeutig. Insoweit die Verpflichtung zur Vermeidung von individuellen Lasten gemeint ist, die deshalb unnötig sind, weil ihnen kein angemessener Nutzen bei *derselben* Klient*in entgegensteht, ist diese Verpflichtung bereits durch das Nichtschadensprinzip abgedeckt. Die entscheidende Frage ist dann, was unter dem Begriff einer „Fehlinvestition“ verstanden werden soll. Sollen dadurch *auch* Fälle erfasst werden, in denen durch Investition derselben Mittel bei einer *anderen* Klient*in ein wesentlich höherer Nutzen hätte erzielt werden können? In diesem Fall handelt es sich dann aber eigentlich nicht mehr ‚bloß‘ um ein Effektivitäts-, sondern um ein wesentlich strittigeres Effizienzprinzip.

⁴² Zur Attraktivität vertragstheoretischer Ethikmodelle für die Ethik Sozialer Arbeit vgl. auch Kruij 2007.

Literatur

Baker, Robert / Strosberg, Martin (1992): „Triage and Equality: An Historical Reassessment of Utilitarian Analyses of Triage“, in: *Kennedy Institute of Ethics Journal* 2, 103–123.

Brech, Alexander (2008): *Triage und Recht. Patientenauswahl beim Massenanfall Hilfebedürftiger in der Katastrophenmedizin. Ein Beitrag zur Gerechtigkeitsdebatte im Gesundheitswesen.* Berlin.

Bruns, Frank (1987): „Vorwort“, in: *Augst, Peter / Mayer, Joyce u.a.: Katastrophenmedizin oder: Die Lehre vom ethisch bitteren Handeln.* Neckarsulm und München, S. 1–2.

Bundesärztekammer (2020): „Orientierungshilfe der Bundesärztekammer zur Allokation medizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie im Falle eines Kapazitätsmangels“, in: *Deutsches Ärzteblatt* 117, H. 20, A 1084–1087.

Christ, Michael / Grossmann, Florian / Winter, Daniel / Bingisser, Roland / Platz, Elke (2010): „Triage in der Notaufnahme. Moderne, evidenzbasierte Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit“, in: *Deutsches Ärzteblatt* 107, H. 50, 892–898.

Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) u.a. (2020): *Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie. Version 2. Klinisch-ethische Empfehlungen. 2. Überarbeitete Fassung vom 17.04.2020.* https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/200416-divi-covid-19-ethik-empfehlung-version-2.pdf (letzter Zugriff: 11.8.2020)

Deutscher Ethikrat (DER) (2020): *Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise. Ad-hoc-Empfehlung.* <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf> (letzter Zugriff: 11.8.2020)

Fateh-Moghadam, Bijan / Gutmann, Thomas (2020): „Gleichheit vor der Triage: Rechtliche Rahmenbedingungen der Priorisierung von COVID-19-Patienten in der Intensivmedizin“, *VerfBlog* 2020/4/30, <https://verfassungsblog.de/gleichheit-vor-der-triage/>, DOI: <https://doi.org/10.17176/20200430-133550-0>

Freeman, Samuel (2007): *Rawls.* London u. New York.

Goltermann, Reiner (1987): „Triage als zentrales Merkmal der Katastrophenmedizin“, in: *Augst, Peter / Mayer, Joyce u.a.: Katastrophenmedizin oder: Die Lehre vom ethisch bitteren Handeln.* Neckarsulm und München, S. 8–54.

Heller, Axel / Schubert, Barbara / Schuler, Ulrich (2020): „Rückhalt für Ärzte“. *FAZ* 15.4.2020.

Illhardt, Franz Josef (2001): „Die Triage – ein Stachel im medizinischen Ethos der Entscheidung“, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 47, S. 193–199.

Kaminsky, Carmen (2018): Soziale Arbeit – normative Theorie und Professionsethik. Berlin und Toronto.

Kohlsdorf, Christian (1987): „Pflicht, Macht und Gewissen. Betrachtungen zur Katastrophenmedizin“, in: Augst, Peter / Mayer, Joyce u.a.: Katastrophenmedizin oder: Die Lehre vom ethisch bitteren Handeln. Neckarsulm und München, S. 3–7.

Kruip, Gerhard (2007): „Vertragstheorien und Diskursethik: Zur Bedeutung prozeduraler Ethiken in der Sozialen Arbeit“, in: Lob-Hüdepohl, Andreas / Lesch, Walter (Hrsg.): Ethik Sozialer Arbeit. Ein Handbuch. Paderborn u.a., S. 69–87.

Lob-Hüdepohl, Andreas (2020): „Tragische Entscheidungen in Zeiten von Corona. Erste Einschätzungen aus professionsethischer Sicht“, in diesem Band, EthikJournal, 6. Jahrgang, Ausgabe 2020.

Lob-Hüdepohl, Andreas (2020a): „Von ‚höherer Dringlichkeit‘ zur ‚besseren Erfolgsaussicht‘. Gefährliche Akzentverschiebungen bei aktuellen Triage-Kriterien“, in: Sass, H.-M./ Wösler, M. (Hg.): Ethik und Medizin in Zeiten von Corona. Münster/Westf. i.E.

Lübbe, Weyma (2001): „Veralltäglichen der Triage? Überlegungen zu Ausmaß und Grenzen der Opportunitätskostenorientierung in der Katastrophenmedizin und ihrer Übertragbarkeit auf die Alltagsmedizin“, in: Ethik in der Medizin 13, S. 148–160.

Lübbe, Weyma (2002): „Rationing – Basic Philosophical Principles and the Practice“, in: Breyer, Friedrich / Kliemt, Hartmut / Thiele, Felix (Hrsg.): Rationing in Medicine. Ethical, Legal and Practical Aspects. Berlin u.a., S. 105–117.

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

Lübbe, Weyma (2006): „Übliche Rechtfertigung für Triage zweifelhaft“, in: Dt. Ärzteblatt 103, H. 37, A 2362–2368.

Lübbe, Weyma (2006a): „Wirtschaftlichkeit und Gerechtigkeit: zwei ethische Gebote? Eine Grundlagenreflexion“, in: Schöne-Seifert, Bettina / Buyx, Alena M. / Ach, Johann S. (Hrsg.): Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen. Paderborn: mentis, S. 17–30.

Lübbe, Weyma (2015): Nonaggregationismus. Grundlagen der Allokationsethik. Münster: mentis 2015.

Lübbe, Weyma (2020): „Corona-Triage – Ein Kommentar zu den anlässlich der Corona-Krise publizierten Triage-Empfehlungen der italienischen SIAARTI-Mediziner“, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 66 (2020), 241–244; ursprünglich erscheinen in: Verfblog 2020/3/15, <https://verfassungsblog.de/corona-triage/>, DOI: <https://doi.org/10.17176/20200316-002835-0>.

Lübbe, Weyma (2020a): „Orientierung in der Corona-Krise? Nicht mit Doppelbotschaften“, in: Medizinrecht 38, S. 434–439.

Rawls, John (1979): Eine Theorie der Gerechtigkeit. Frankfurt a. M. 6. Aufl. 1991.

Scanlon, T. M. (1998): *What We Owe to Each Other*. Cambridge, Mass. und London.

Schmidt, Volker H. (1996/2004): „Veralltäglicung der Triage“, in: Lübke, Weyma (Hrsg.): *Tödliche Entscheidung. Allokation von Leben und Tod in Zwangslagen*. Paderborn 2004, S. 77–103 (ursprünglich in: *Zeitschrift für Soziologie* 25 [1996], S. 419–437).

Sefrin, Peter / Weidringer, Johann Wilhelm / Weiss, Wolfgang (2003): „Sichtungskategorien und deren Dokumentation“, in: *Dt. Ärzteblatt* 100, H. 31–32, A 2057–2058.

Sternberg-Lieben, Detlev (2020): „Corona-Pandemie, Triage und Grenzen rechtfertigender Pflichtenkollision“, in: *Medizinrecht* 38, S. 627–637.

Taupitz, Jochen (2020): „Verteilung medizinischer Ressourcen in der Corona-Krise: Wer darf überleben?“, in: *Medizinrecht* 38, S. 440–450.

Winslow, Gerald R. (1982): *Triage and Justice*. Berkley, Los Angeles, London.

Wuermeling, Hans-Bernhard (2001): „Triage“, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 47 (2001), S. 133–137.

Über den Autor

Tim Reiß ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Berliner Institut für christliche Ethik und Politik (ICEP) und Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB). Jüngste Veröffentlichungen: *Diskurstheorie der Demokratie und Religion*. Baden-Baden: Nomos 2019; „Läßt sich Carl Schmitts Verfassungsverständnis entnazifizieren? Oder: Carl Schmitts doppeldeutiger Begriff des ‚bürgerlichen Rechtsstaats‘“, in: *Leviathan* 47 (2019), H. 4, 474–496.

Kontakt: tim.reiss@khsb-berlin.de

Über www.ethikjournal.de

EthikJournal ist eine Onlinezeitschrift für Ethik im Sozial- und Gesundheitswesen. Ausgehend von aktuellen Themen werden grundlegende theoretische und handlungsorientierte Fragen zur Diskussion gestellt. Die Zeitschrift erscheint zweimal jährlich online. Herausgeber der Zeitschrift ist das Berliner Institut für christliche Ethik und Politik (ICEP).

ISSN 2196-2480

Zitationsvorschlag

Reiß, T. (2020): Erfolgsaussicht, Maximierungsimperativ, Utilitarismus. Anmerkungen zur Debatte um eine ‚Corona-Triage‘. In: *EthikJournal* Ausgabe 2020, Download unter: [Link zum pdf-Onlinedokument](#) (Zugriff am).