

Ethikberatung und Covid-19: Brauchen wir mehr Ethik, mehr als Ethik oder mehr Ethiker?

Ethics Consultation and Covid-19: Do we need more Ethics, more than Ethics or more Ethicists?

CAROLINE HACK, ERLANGEN

Zusammenfassung: Bisher ist die Rolle von Ethikkomitees und Ethikberatenden als Ressource im Umgang mit der Covid-19-Pandemie ungeklärt. Im vorliegenden Beitrag wird diskutiert, worin spezifische Herausforderungen bei der ethischen Bewertung von Fragen an Ethikkomitees im Pandemiekontext bestehen und welche möglichen Aufgaben für Ethikberatende identifiziert werden könnten. Dabei wird die Ansicht vertreten, dass es für die kompetente, professionelle Bearbeitung dieser Fragen hilfreich wäre, (a) das theoretische Grundverständnis der Ethikberatung für den Pandemiekontext zu reflektieren, (b) die begründungstheoretischen, normativen Argumente aktueller Publikationen und Stellungnahmen der Fachgesellschaften zu diskutieren und (c) Weiterbildungspotenzial sowie Kompetenzgrenzen zu identifizieren. Für (c) werden zur Kompetenzerweiterung Public-Health-Ethik und Ethik der Menschenrechte vorgeschlagen, psychische Entlastung bei ‚moralischem Stress‘ wird als ethisch-psychologischer Kooperationsbereich diskutiert und die explizite Abgrenzung vom juristischen Bereich wird empfohlen. Ethikberatung könnte den konstruktiven Umgang mit ethischen Fragen im Pandemiekontext fördern, die Qualität von Entscheidungs- und Bewertungsprozessen verbessern und in der Versorgungspraxis pragmatische, konkrete Hilfestellung anbieten.

Schlagerworte: Ethikberatung – Covid-19 – Prinzipienethik – Diskursethik – Public Health

Abstract: Up to now, the role of ethics committees and ethics consultants as resource for dealing with the Covid-19-pandemic is undefined. This article examines specific challenges of the ethical assessment concerning the requests to ethics committees in connection with the pandemic as well as possible tasks for ethics consultants. For

Alle Inhalte der Zeitschrift für Praktische Philosophie sind lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.



ensuring competent, professional answers to these kind of requests it could be helpful to (a) re-evaluate the theoretical premises of ethics consultation for the specifics of the pandemic, (b) to discuss the motivation-theoretical, normative arguments in recent publications and statements of professional societies and (c) to identify the potential for enhancement of skills and knowledge as well as limits of competencies. Concerning (c), Public-Health-Ethics and Ethics of Human Rights will be presented as possibilities for enhancement, providing psychological relief for ‘moral distress’ as area for ethical-psychological cooperation – whereas the explicit distinction between ethical and legal fields of competencies will be recommended. Due to that, ethics consultation could promote a constructive approach to ethical questions in connection with the pandemic, enhance the quality of evaluation- and decision-making-processes and offer pragmatic and practical support in health care.

Keywords: Ethics Consultation – Covid-19 – Ethics of Principles – Discourse Ethics – Public Health

1. Neue Fragen für die Ethikberatung?

Die Entwicklung der Covid-19-Pandemie hat mit großer Geschwindigkeit die Bewältigung ethisch hochkomplexer Entscheidungsprozesse in der Gesundheitsversorgung forciert. Der Blick in Länder, die frühzeitiger von der Verbreitung des Virus betroffen waren, ließ die Brisanz herausfordernder Fragen deutlich werden: Die gerechte Verteilung von Ressourcen, Risikoabwägung unter Bedingungen großer Unsicherheit oder die Bewertung kurzfristig angeordneter Maßnahmen mit großer Eingriffstiefe sind nur einige Beispiele für ethisch relevante Fragen. Auch die Anfragen an Ethikkomitees haben sich verändert: Angefragt wurde z.B. Hilfe bei der Erarbeitung von Allokationskriterien, die Begleitung von Triage-Teams oder Beratung zu dilemmatischen Entscheidungssituationen, die sich durch die Rahmenbedingungen ergeben haben. Viele für die Gesundheitsversorgung bedeutsame ethische Fragen wurden erst mittelfristig deutlich, etwa Fragen zu Belastungen des medizinischen Personals, nach dem Umgang mit Sterbenden, der ethischen Vertretbarkeit aufgerüsteter Intensivkapazitäten bei Personalknappheit, dem Aufschieben elektiver Eingriffe, der Verhältnismäßigkeit von Maßnahmen.

Ogleich derartige Fragen nicht im ersten Schritt an Ethikberatende gerichtet werden, bilden diese neuen Problemlagen doch den Bezugsrahmen für konkrete Einzelfälle. Aber sind Ethikberatende überhaupt geeignet, derartige Anfragen zu bearbeiten? Sie scheinen zumindest teilweise außerhalb

ihres bisherigen Kompetenzbereichs zu liegen. Die Rolle „der Ethik“ bei der Unterstützung im Umgang mit der Pandemie ist bisher unklar. Es gehört zu den Kernaufgaben der Ethikberatung, medizinisches Personal, Patient*innen und Angehörige bei ethisch herausfordernden Entscheidungsprozessen in der Versorgungspraxis zu unterstützen. Dieser Arbeitsauftrag hat auch vor dem Hintergrund der Covid-19-Pandemie nicht seine Gültigkeit verloren – zumal zu erwarten ist, dass deren Konsequenzen langfristig für Gesellschaft wie Gesundheitswesen prägend sein werden. Auch die Ethikberatung muss sich deshalb kritisch mit ihren Möglichkeiten auseinandersetzen. Es wäre zu kurz gegriffen, pauschal auf Nichtzuständigkeit zu verweisen, weil Ethikberatende bei der Ausübung ihrer Tätigkeit nun mit neuen Entwicklungen und Rahmenbedingungen konfrontiert sind. Ebenso verkürzt wäre die pauschale Annahme neuer Aufträge. Was also können Ethikberatende von der aktuellen ethischen Debatte für ihre Arbeit lernen? Wodurch unterscheiden sich die neuen Anfragen von den bisherigen? Muss sich die Ethikberatung unter veränderten Bedingungen neu mit ihren theoretischen Grundlagen auseinandersetzen? Inwieweit könnten bestehende Kompetenzen aktuell hilfreich sein? Im Folgenden wird diskutiert, inwieweit es für Ethikberatende hilfreich sein kann, ihre Rolle, ihre Zuständigkeits- und Kompetenzbereiche, ihre Klientel und ihr Theoriefundament zu reflektieren, um professionelle Unterstützung im Zusammenhang mit der Pandemie bieten zu können.

Die Überlegungen sind dabei vor dem Hintergrund dynamischer Entwicklungen als notwendig unabgeschlossen und als Teil eines Diskursprozesses zu lesen, der einer konstanten Re-Evaluation ebenso bedürfen wird wie einer differenzierten wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Debatte.

2. Mögliche Aufgaben für Ethikberatende in der Covid-19-Pandemie

Die klassischen Aufgabenbereiche von Ethikberatung – die medizin- und pflegeethische Fortbildung ihrer Klientel,¹ die Entwicklung von Empfehlungen oder Leitlinien und die Fallberatung – dienen in erster Linie dem Ziel, „ethisch besser reflektierte und begründete Entscheidungen in der Patientenversorgung“ (Marckmann 2017, 27) zu treffen. Durch diese drei Bereiche

1 Das kann bei Klinischen Ethikkomitees das Klinikpersonal sein, bei ambulanten Ethikberatungsdiensten das Personal verschiedener Einrichtungen wie Pflege- und Altenheimen, Kliniken, Hospizen u. a., aber auch eine breitere Öffentlichkeit oder Fachkolleg*innen.

mit je unterschiedlichem Grad an Konkretheit sollen für die Praxis auf unterschiedliche Weise relevante Bereiche abgedeckt werden: ethisches Wissen und Kompetenzen können in Fortbildungen nachhaltig vermittelt und von ethisch sensibilisierten Akteur*innen in deren jeweilige Tätigkeitsfelder eingebracht werden; mithilfe von Leitlinien und Empfehlungen können für wiederholt auftretende Fragen Orientierungshilfen bereitgestellt werden; konkrete Entscheidungssituationen können in ethischen Fallberatungen kontextadäquat bearbeitet werden. Ethikberatende sind primär im Umgang mit individuellen Einzelfällen ausgebildet. Häufig sind sie zudem Mitglieder von Ethikkomitees oder anderen Formen institutionalisierter Ethikberatung, meist sind sie z. B. als Ärzt*innen, Medizinethiker*innen, Seelsorgende, Pflegende oder Psycholog*innen, die für die Ethikberatung weitergebildet sind, tätig. Viele beteiligen sich an der Erstellung von Arbeitsmaterial und Leitlinien sowie an Fortbildungen und Lehre. So vielfältig die Angebote der Ethikberatung sind, so divers sind die Profile derjenigen, die diese Angebote bearbeiten. Im Folgenden bezeichne ich als ‚Ethikberatende‘ Personen, die als Teil klinischer Ethikkomitees, ambulanter Ethikberatungsdienste oder in selbstständiger Tätigkeit in Einrichtungen der klinischen oder außerklinischen medizinischen Versorgung tätig und für diese Tätigkeit aus-/weitergebildet sind.

Worin könnten nun für diese Beratenden neue Aufgaben bestehen oder bisherige Aufgaben vor dem Hintergrund der Pandemie auf andere Art wichtig werden? In Stellungnahmen zum Umgang mit der Pandemie wurden auch ethische Herausforderungen und in diesem Zusammenhang eine Beteiligung der Ethik thematisiert. Für die Identifikation möglicher Zuständigkeitsbereiche werden deshalb relevante Passagen ausgewählter Stellungnahmen diskutiert.

Die Arbeitsgruppe der Leopoldina hat mehrere Stellungnahmen zum Umgang mit der Pandemie publiziert, die sich auf unterschiedliche Bereiche des gesellschaftlichen Lebens beziehen. Bezüglich der Gesundheitsversorgung beschreibt die Arbeitsgruppe es als „staatliche Aufgabe, die Krankenversorgung in Krisensituationen und eine qualitätsgesicherte und wissenschaftsorientierte medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen“ (Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina 2020, 30). Dabei sei „die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und ethisch verantwortlichen Versorgung“ (ebd., 31) zu garantieren. Zu den dafür notwendigen Rahmenbedingungen wird auch „die kontinuierliche Schulung des Personals im Umgang mit [...] ethischen Konflikten in Krisensituationen“

(ebd., 33) gezählt. Die ethische Sensibilisierung und Fortbildung, eine der Kernaufgaben der Ethikberatung, könnte also auch im Zusammenhang mit der Pandemie einen Aufgabenbereich für Ethikberatende darstellen. Voraussetzung dafür wäre die Anpassung der Fortbildungsinhalte an Spezifika des Pandemiekontexts, etwa im Hinblick auf thematische Schwerpunkte oder die formale Gestaltung bei bestehenden Einschränkungen.

In einer Orientierungshilfe der Bundesärztekammer (BÄK) wird im Zusammenhang mit Fragen zur Ressourcenallokation folgende Ansicht vertreten:

Es sind stets einzelfallbezogene Entscheidungen [...] auf der Basis von transparenten sowie ethisch und medizinisch-fachlich begründeten Kriterien geboten. Entscheidungen dürfen nicht schematisiert oder anhand von starren Algorithmen getroffen werden. Algorithmen oder Checklisten z. B. können grundlegende ethische oder medizinische Prinzipien verdeutlichen. Sie können aber die Entscheidung im jeweiligen Einzelfall nicht vorwegnehmen oder ersetzen. (BÄK 2020, 2)

Wenn Allokationsentscheidungen als Einzelfallentscheidungen interpretiert werden, bezüglich welcher die Empfehlungen der Fachgesellschaften unterstützend, nicht jedoch als verbindliche Entscheidungsgrundlage herangezogen werden sollten, könnten derartige Entscheidungen durchaus in den Aufgabenbereich der Ethikberatung fallen. Dann wäre nämlich eine individuelle, fallbezogene Begleitung bei ethisch dilemmatischen Entscheidungssituationen angezeigt. Ob und wie dies praktisch umsetzbar wäre, bleibt zu diskutieren. Hierzu wäre z. B. eine Erfassung personeller Kapazitäten lokaler Ethikberatungsdienste und eine bedarfsorientierte, ggf. überregionale Verteilung der Kapazitäten notwendig. Auch die Frage nach hierfür eventuell zusätzlich zu erwerbenden Kompetenzen oder Wissensbeständen wäre zu klären. Eine Entlastung der im Einzelfall allein verantwortlichen Ärzt*innen soll nach Ansicht der Bundesärztekammer bei der Bewertung von Indikation und Erfolgsaussicht durch „Beratung im interdisziplinären und interprofessionellen Team“ (ebd., 2) erreicht werden. Zudem sollen „klinische Ethik-Komitees oder ein anderes, z. B. bei der Landesärztekammer eingerichtetes, Ethik-Komitee zeitnah in die Entscheidungsfindung einbezogen werden“ (ebd., 2). Diesbezüglich wird die Problematik der Realisierbarkeit in tatsächlichen Überlastungssituationen thematisiert. Es sei „wichtig, Ärztinnen und Ärzte anhand der bestehenden Empfehlungen auf eine solche Situation im Vorfeld vorzubereiten“ (ebd., 2). Mögliche Arbeitsaufträge für

Ethikberatende wären also auch für die BÄK ethische Sensibilisierung und Fortbildung sowie ggf. die Begleitung von Einzelfallentscheidungen.

Auch der Deutsche Ethikrat (DER) verweist in seiner Ad-hoc-Empfehlung ‚Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise‘ unter Bezugnahme auf das verfassungsrechtliche Verbot der Abwägung von Menschenleben bezüglich der inhaltlichen Gestaltung von Entscheidungsprozessen auf die formale Verantwortung der Ärzt*innen einerseits, auf Empfehlungen der Fachgesellschaften andererseits. Das Einbeziehen von Ethikberatenden wird in der Empfehlung nicht angesprochen, was durchaus verwundert. Gerade von Seiten des DER wäre ein Verweis auf den möglichen Beitrag, den institutionalisierte Ethikberatungsdienste und Ethikkomitees auf Basis ihrer Erfahrung mit der konkreten Unterstützung bei ethisch schwierigen Entscheidungsprozessen leisten könnten oder sollten, hilfreich gewesen.

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) hat in Zusammenarbeit mit mehreren medizinischen Fachgesellschaften und der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) bereits im März klinisch-ethische Empfehlungen zur Ressourcenallokation im Pandemiekontext erarbeitet und aufgrund von Kritik an den genannten medizinischen Kriterien im April eine zweite Version publiziert. Auch die wird kritisiert, vor allem von Vertreter*innen der Behindertenverbände.² Bei der Beteiligung an Verfahren zur Entscheidungsfindung wird, wie auch in den anderen Empfehlungen und Stellungnahmen, ein Mehraugenprinzip empfohlen, die ‚Klinische Ethik‘ wird unter den optional hinzuzuziehenden Fachvertretern genannt (vgl. DIVI 2020 et al., 5) und so im Dokumentationsbogen vermerkt (vgl. ebd., 13). Hinsichtlich der Verbindlichkeit und Rechtssicherheit in der Entscheidungsfindung wird auf die Empfehlung des DER verwiesen, zur Rolle der Ethikkomitees auf das Diskussionspapier ‚Möglichkeiten und Grenzen von Ethikberatung im Rahmen der COVID-19-Pandemie‘ der AEM.

Im Diskussionspapier der AEM zur Rolle der Ethikberatung wurden mögliche Zuständigkeitsbereiche am ausführlichsten behandelt. Aufgrund der an Ethikberatungsgremien gerichteten Anfragen im Pandemiekontext beschreiben es die Autor*innen als „notwendig, dass bei der Erstellung von örtlichen Versorgungs- und Ablaufplänen wesentliche ethische Fragen [...]

2 Im Juli 2020 wurde von neun Personen mit Behinderung eine Verfassungsrechtsklage gegen die Empfehlungen eingereicht, unterstützt von der Initiative ‚Ability Watch‘ (vergleiche hierzu <https://abilitywatch.de/2020/07/21/verfassungsbeschwerde-gegen-triage-verfahren/>).

erkannt“ (Marckmann et al. 2020, 196) und „Möglichkeiten und Grenzen von Ethikberatung“ (ebd., 195) diskutiert würden. Als eine Aufgabe wird die Information von Mitarbeitenden über die Empfehlungen der Fachgesellschaften genannt. Es wird außerdem, wie von Leopoldina und BÄK, auf die Aufgabe der ethischen Sensibilisierung durch spezifische Fortbildungsformate hingewiesen. Worin die zu vermittelnden Kompetenzen oder Wissensbestände bestehen bzw. inwieweit sie über das bisherige Spektrum hinausgehen sollten, wird nicht konkret benannt. Als weitere Möglichkeit wird die Unterstützung psychisch belasteter Mitarbeiter*innen angesprochen. Dabei wird auf die Berücksichtigung von Zuständigkeitsgrenzen verwiesen, andererseits werden Hinweise für den Umgang mit Anfragen, bei welchen die psychische Belastung auf den Umgang mit ethischen Dilemmata zurückzuführen ist, gegeben (vgl. ebd., 189–199). Es wird außerdem darauf hingewiesen, was *gerade nicht* Aufgabe von Ethikberatern sein soll: die Bearbeitung von Allokationsfragen. Diese würden sich vom bisherigen Aufgabenspektrum unterscheiden, seien für gewöhnlich nicht Gegenstand von Fallberatungen und „nicht Gegenstand des Curriculums für Ethikberatung“ (ebd., 196). Entsprechend würden „spezifische Fachkenntnisse und professionelle Erfahrung“ (ebd., 196) fehlen. Später im Text werden diese Überlegungen indirekt relativiert, indem hilfreiche Ratschläge gegeben werden, worauf Ethikberatende achten sollen, falls sie *doch* an der Entwicklung von Verfahrensanweisungen beteiligt wären. Ethikberatende könnten „in entsprechenden Verfahrensanweisungen oder spezifischen Dokumentationsbögen für Therapieentscheidungen mitwirken“ und sich an „Corona-Taskforce[s] [...] beteiligen“ (ebd., 196–197). Damit wird wohl der Tatsache Rechnung getragen, dass trotz (noch) fehlender Erfahrung oder Kompetenz entsprechende Anfragen an Ethikkomitees herangetragen werden. Wodurch sich die oben genannten „Verfahren für Triage-Entscheidungen“ (die von Ethikberatern nicht übernommen werden sollten) und die hier benannten „Verfahrensanweisungen“ (an denen mitgearbeitet werden könne) inhaltlich unterscheiden und inwieweit für das eine, nicht aber das andere welche nötigen Kompetenzen bestehen, wäre zu konkretisieren.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Rolle der Ethik(beratung) von den Fachgesellschaften primär in der ethischen Sensibilisierung bzw. Fortbildung von Praktiker*innen in der Gesundheitsversorgung gesehen wird – wobei die Frage, welche Inhalte die Fortbildungen konkret haben sollten, weitgehend ungeklärt bleibt. Auch die Unterstützung bei Einzelfallentscheidungen zur Ressourcenallokation oder die Begleitung

von Triage-Teams scheinen denkbar. Da meist von „der Ethik“ oder „Ethikkomitees“ die Rede ist, bleibt unklar, welches Profil und Kompetenzspektrum Ethiker*innen für diese Aufgaben mitbringen sollten. Die inhaltliche Festlegung von Allokationskriterien wird an medizinisches Fachpersonal delegiert, eine (genauer zu definierende) Mitarbeit von Ethiker*innen bei der Entwicklung von Verfahrensanweisungen sei vorstellbar. Einzelfallberatung unter Pandemiebedingungen war, abgesehen von möglichen Anfragen bei psychischer Belastung von Mitarbeitenden, nicht Thema. Es ist den Autor*innen der Stellungnahmen hoch anzurechnen, vor dem Hintergrund des dynamischen Pandemiegeschehens durch frühzeitige erste Überlegungen eine Diskussionsgrundlage geschaffen zu haben. Nun sollten Bemühungen folgen, weitere inhaltliche Überlegungen anzustellen. Einige Gedanken werden im Folgenden diskutiert.

3. Bewertungsgrundlagen in der Ethikberatung und der aktuellen Debatte

Wenn nun die AEM davon ausgeht, dass Ethikberatenden spezifische Kompetenzen für die Bearbeitung der neuen Anfragen fehlen würden – worin liegt dann genau der Unterschied zu bisherigen Anfragen an die Ethikberatung? Zur Veranschaulichung zwei Beispiele: [a] Die Anfrage zur Unterstützung bei der Entwicklung ethisch vertretbarer Kriterien zur Verteilung von Beatmungsplätzen, [b] die Anfrage zur ethischen Bewertung einer Ausnahme der Besuchsrechtsbeschränkungen für Angehörige eines sterbenden Patienten auf einer onkologischen Station. Zunächst erscheinen die Anfragen kategorisch verschieden. Während bei der ersten Anfrage Inhalte erarbeitet werden sollen, geht es in der zweiten um eine Einzelfallentscheidung. Ethikberatende scheinen formal für die erste Anfrage nicht oder zumindest nicht allein zuständig, die zweite wiederum unterscheidet sich auf den ersten Blick nur durch die Rahmenbedingungen von gewöhnlichen klinisch-ethischen Abwägungsfragen. Beiden Anfragen ist allerdings gemein, dass sich der für die *ethische Bewertung* bisher *primäre Fokus* auf das individuelle Patientenwohl in Richtung einer größeren Gewichtung des Wohls und Schutzes der Gesellschaft – oder von Teilen der Gesellschaft – verschoben zu haben scheint. Der DER hatte 2016 die Zentralstellung des individuellen Patientenwohls in einer Stellungnahme herausgearbeitet und dessen „normative Funktion als Leitprinzip der Gesundheitsversorgung“ (DER 2016, 7) betont. Der Grund, warum die neuen Fragen als für Ethikberatende nicht

oder schwieriger zu beantworten eingeschätzt werden (worin sich der Hinweis auf fehlende Kompetenzen oder Erfahrung begründet), liegt m.E. nicht in den Fragen selbst – immerhin werden in der Medizinethik ständig neue Fragen gestellt, die auch in der Beratungspraxis relevant werden –, sondern in diesem veränderten Fokus bei der ethischen Bewertung. Einzelpersonen traten bei der Begründung von pandemiespezifischen Maßnahmen und Einschränkungen mit ihren Bedürfnissen mitunter ganz hinter den Schutz größerer Kollektive zurück. Damit scheinen sich Bewertungsgrundlagen, die vor der Pandemie für ethische Entscheidungsprozesse in der medizinischen Versorgungspraxis handlungsleitend waren, zu verändern: Das individuelle Patientenwohl steht nun auch im Einzelfall in Zusammenhang mit dem gesellschaftlichen Gesundheitsschutz und muss damit abgewogen werden. Es gilt kritisch zu hinterfragen, in welchem Umfang und welchen Zusammenhängen eine derartige Verschiebung des argumentativen Fokus tatsächlich ethisch vertretbar ist. Um die Verunsicherung, die im Umgang mit ethischen Bewertungen in der Versorgungspraxis vor dem Hintergrund der Pandemie entstanden ist, abzubauen, könnte eine Reflexion der Argumente in der aktuellen Debatte hilfreich sein. Ausgehend von den klassischen Begründungswegen in der Ethikberatung soll dies nun im Fokus stehen.

3.1 *Ethische Prinzipien mittlerer Reichweite und die Corona-Pandemie*

Die Ethikberatung orientiert sich im Hinblick auf das theoretische Fundament ihrer Bewertungen vor allem an ethischen Prinzipien mittlerer Reichweite, nicht primär an normativ-ethischen Theorien. Dennoch sind auch Erkenntnisse aus der Normwissenschaft Teil des inhaltlichen Bezugsrahmens. Für die ethische Fallberatung gibt es unterschiedliche Modelle (z. B. Nimwegener Modell, MEFES, METAP) mit teils unterschiedlichen Begründungswegen, auf die im Rahmen dieses Beitrags nicht näher eingegangen werden kann. Die Gemeinsamkeit der Modelle besteht in der „multiperspektivische[n] Rekonstruktion des Falls, [der] Benennung von Handlungsoptionen und eine[r] Bewertungsphase, häufig unter Heranziehen bestimmter normativer Kriterien“ (ZEKO 2019, 3). Ich werde mich im Folgenden auf die prinzipienorientierte Fallberatung auf Basis der *Principles of Biomedical Ethics* von Beauchamp und Childress beziehen.

Die vier Prinzipien (Respekt vor der Autonomie, Wohltun, Nichtschaden und Gerechtigkeit) sind *prima facie* gültig und stehen in keinem festen hierarchischen Verhältnis zueinander (vgl. Beauchamp und Childress 2009,

2–4). Ihre Anerkennung erfolgt über die *common morality*: Die Gültigkeit der Prinzipien wird nicht begründet, ihre „Legitimität [wird] aus ihrer weiten Verbreitung und allgemeinen Akzeptanz ab[geleitet]“ (Neitzke 2019, 234). Zudem sind die Prinzipien mit dem ärztlichen und pflegerischen Ethos kombinierbar. Im Kontext ethischer Entscheidungsfindung in der medizinischen Versorgungspraxis bilden sich die Prinzipien etwa bei der Interpretation des Patientenwohls (Nutzen-Schaden-Abwägung), des Patientenwillens (Autonomie) sowie von Verpflichtungen gegenüber Dritten (Gerechtigkeit) ab. Sie bieten „allgemeine ethische Orientierungen, die im Einzelfall noch einen erheblichen Beurteilungsspielraum zulassen. Für die Anwendung müssen [sie] fallbezogen interpretiert und gegeneinander abgewogen werden“ (Markmann 2017, 30). Auf der Ebene ethischer Prinzipien mittlerer Reichweite sind weitere „medizinische Werte“ (Neitzke 2019, 237) denkbar, die für Bewertungen herangezogen werden können. Neitzke beispielsweise nennt im Rahmen einer Falldiskussion zusätzlich Menschenwürde, Verantwortung, Ehrlichkeit und Verschwiegenheit als für die Kasuistik relevante Prinzipien (ebd., 238). Für die Wahl eines flexiblen, kohärentistischen Ansatzes gibt es gute Gründe, wenn man ethische Fragestellungen in der Versorgungspraxis betrachtet: Diese sind maßgeblich von spezifischen Kontextfaktoren beeinflusst – etwa im Hinblick auf die individuelle Person (z. B. bzgl. Krankheitsgeschichte, Sozialstrukturen oder Wertvorstellungen), hinsichtlich der individuellen Behandlungssituation (z. B. bzgl. medizinischer, struktureller und institutioneller Rahmenbedingungen) sowie hinsichtlich der Akteur*innen, die in die Entscheidung einbezogen werden (z. B. unterschiedliche Fachdisziplinen, Professionen, Angehörige). Diese Einflussfaktoren bedeuten für eine differenzierte Entscheidungsfindung, dass im konkreten Fall „unterschiedliche Aspekte und Sichtweisen beleuchtet sowie das Für und Wider verschiedener (Be-)Handlungsoptionen abgewogen und bewertet werden“ (Simon 2020, 1) müssen. Ethikberatung in der medizinischen Praxis erfordert eine multiperspektivische, kontextsensitive, oft mehrzeitige Auseinandersetzung mit einer meist interdisziplinär und/oder multiprofessionell besetzten, aus medizinischen Expert*innen und Externen bestehenden Personengruppe. Um diesen Anforderungen gerecht werden zu können, wird das Theoriefundament der Prinzipien mittlerer Reichweite in vielen Ethikberatungsmodellen um ein diskursethisches Framing ergänzt.³ Mithilfe der prozeduralen

3 Ein Beispiel hierfür ist das Modell des „prinzipienorientierten Diskurses“ (vgl. Mertz et al. 2014).

Diskursregeln kann für die Durchführung der Beratung verfahrenstechnische Orientierung gegeben werden. Zudem kann die Repräsentanz aller für die Bewertung relevanten Perspektiven und der Ausgleich bestehender (hierarchischer, wissens- und kompetenztechnischer, sozialer) Ungleichheiten fokussiert werden. Gleichzeitig wird durch die Diskursethik, die als materiale Ethik selbst keine Handlungsnormen vorgibt, die Flexibilität der inhaltsorientierten Prinzipienabwägung nicht eingeschränkt. Im Hinblick auf die faktische Realisierung eines Diskurses könnten in Krisenzeiten virtuelle Optionen nötig werden. Dies ist nicht zwingend problematisch. Von besonderer Bedeutung ist es dabei, dass die Perspektiven aller von der jeweiligen Entscheidung betroffenen Personen gleichermaßen berücksichtigt werden (können). Das kann etwa Hilfestellungen bei der Nutzung von Technik wie auch Vertreterregelungen notwendig machen.

Wie könnte nun die Beantwortung der beiden vorgestellten Beispielanfragen unter Bezugnahme auf die Prinzipienethik aussehen? Zunächst ein Antwortversuch für Anfrage [b]: Es handelt sich um eine Einzelfallanfrage, für deren Diskussion die Perspektiven des sterbenden Patienten (S) und seiner Angehörigen mit den Perspektiven der anderen Patient*innen, deren Angehörigen sowie des Personals abzuwägen wären. Es wird davon ausgegangen, dass eine Verlegung des Patienten auf eine andere Station oder nach Hause nicht möglich ist. Für das Prinzip der Autonomie ist einerseits der Wille des S bezüglich des Wunsches nach Anwesenheit der Angehörigen in der Sterbephase relevant, andererseits die potenzielle Einschränkung der Autonomie anderer Patient*innen in ihrem Wunsch nach Schutz vor einer möglichen Ansteckung. Da bei der Realisierung des autonomen Wunsches des S direkt die Autonomie anderer Patient*innen eingeschränkt wird, kann allein durch den Verweis auf das Prinzip der Autonomie keine Entscheidung getroffen werden. Bei der Wohltuns-/Schaden- und Risikoabwägung ist zunächst das Verhältnis des Wohltuns für S bei Anwesenheit seiner Angehörigen mit dem Schaden, der durch deren Abwesenheit für ihn entsteht, abzuwägen. Hier kann z. B. geprüft werden, ob durch psychosoziale Unterstützung (Psychoonkologie, Seelsorge) oder digitale Kommunikationsmöglichkeiten die Abwesenheit der Angehörigen ausgeglichen werden kann. Weiterhin, dies hängt mit dem Gerechtigkeitsprinzip zusammen, kann das Wohl von S mit dem potenziellen Schaden der anderen Risikogruppen-Patient*innen abgewogen werden. Hierzu müsste z. B. geprüft werden, inwieweit es bei womöglich großer psychischer Belastung des S und seiner Angehörigen im Verhältnis zum faktischen Gefährdungspotenzial der anderen Pati-

ent*innen einen Ausschlag in die eine oder andere Richtung gäbe. Bezüglich des Prinzips der Gerechtigkeit sind die Verpflichtungen gegenüber den anderen Patient*innen, deren Angehörigen, den Angehörigen von S sowie all denjenigen Personen, die sich an die eingeschränkten Besuchsregelungen halten müssen und dadurch ggf. ebenfalls belastet sind, von Bedeutung. Im Zusammenhang mit der stärkeren Gewichtung des Gesundheitsschutzes von Kollektiven (der anderen Patient*innen und des Personals) gegenüber den Wünschen und der eventuell in Kauf zu nehmenden psychischen oder physischen Schädigung von Einzelpersonen (des S und seiner Angehörigen) könnte das Prinzip der Gerechtigkeit begründungstheoretisch aktuell auch im Einzelfall einen höheren Stellenwert einnehmen. Eine umfassendere Berücksichtigung des gesellschaftlichen Gesundheitsschutzes vor dem Hintergrund der Pandemie kann ethisch begründet werden, sollte aber keine unreflektierten Pauschalurteile nach sich ziehen. Für diesen Fall könnte das bedeuten, dass eine Ausnahmeregelung als besonders begründungsbedürftig eingestuft wird, nicht aber per se als unmöglich. Von zentraler Bedeutung ist die weiterhin zu gewährleistende *Wahrnehmung* der Bedürfnisse von Einzelpersonen, wodurch hier etwa auf organisatorischer Ebene Lösungen gefunden werden können, bei denen kein Schaden für andere entsteht – etwa durch die Gestattung von Ausnahmen bei erhöhten Schutzmaßnahmen (Schutzkleidung, FFP2-Masken) oder nur in bestimmten Zeitfenstern. Hinsichtlich der Rolle von Ethikberatenden kann für Fragestellungen wie diese festgehalten werden, dass eine Einzelfallberatung gerade im Pandemiekontext undifferenzierte, womöglich sogar schädliche Gleichbehandlungen unter Berücksichtigung der Perspektiven aller Entscheidungsbeteiligten und -betroffenen verhindern oder abmildern könnte.

Die Beantwortung der Frage [a] nach Unterstützung bei der Entwicklung ethisch vertretbarer Kriterien zur Verteilung von Beatmungsplätzen erscheint auf den ersten Blick schwieriger. Ich vertrete die Ansicht, dass eine *inhaltliche Bestimmung* von Priorisierungskriterien nicht durch Ethiker*innen vorgenommen werden kann, immerhin handelt es sich um medizinische Kriterien. Zwei Möglichkeiten, wie eine Unterstützung im Rahmen prinzipienorientierter Diskurse realisiert werden könnte, wären die *Analyse und Bewertung* von (1) zuvor durch medizinisches Fachpersonal auszuwählenden Kriterien oder (2) exemplarischen Fallkonstellationen. Ein Beispiel für Variante (1) wäre das häufig kritisierte Kriterium der Gebrechlichkeit (Fragility). Hierzu könnte im Diskurs herausgearbeitet werden, welche ethisch kritischen Punkte es für die Bewertung zu berücksichtigen gilt

– etwa den unabhängig von Scores bestehenden Grad an Autonomie (wie z. B. bei körperlich beeinträchtigten Personen, die durch Hilfsmittel und funktionierende soziale Netzwerke weitgehend selbstständige Leben führen) unter Bezugnahme auf einen relationalen Autonomiebegriff, die Gefahr von Diskriminierung (Gerechtigkeit), den potenziell bei Nichtberücksichtigung dieser Differenzierung entstehenden Schaden für einen großen Teil der Gesellschaft usw. Dieses Kriterium bräuchte also Konkretisierungen, sofern es als geeignet für die Entscheidungsfindung qualifiziert werden soll. Variante (2) könnte im Zusammenhang mit Fallgruppen hilfreich sein, deren Zustand weitgehend deckungsgleich zur Entwicklung von *Best-Practice*-Beispielen behandelt werden könnte (z. B. Patient*innen mit bestimmten Kombinationen von Vorerkrankungen); diese Beispiele könnten von medizinischem Fachpersonal bestimmt und von Ethikberatern analysiert werden. Eine *neue* Rolle von Ethikberatern auf Basis ihrer Expertise in Einzelfallberatungen könnte also darin bestehen, paradigmatische Fallkonstellationen zu analysieren und zu bewerten. Bei derartigen Arbeitsformen würde die Kritik bezüglich mangelnder Kenntnisse oder Kompetenzen von Ethikberatern zur Mitarbeit bei der Kriterien-Entwicklung weitgehend obsolet.

3.2 Argumente in der aktuellen ethischen Debatte

Die Nachvollziehbarkeit der ethischen Bewertung pandemiespezifischer Maßnahmen hängt davon ab, ob und wann etwa krisenspezifische Gerechtigkeitsabwägungen wie die vorübergehende kontext- und bereichsspezifische Höhergewichtung des öffentlichen Gesundheitsschutzes anerkannt werden (können) oder nicht. Das setzt differenzierte, bestenfalls konsistente und transparente Begründungswege voraus. Im Folgenden wird anhand von vier Beispielen diskutiert, ob die aktuelle ethische Debatte hierfür hilfreich sein kann – und was das für die Arbeit von Ethikberatern bedeutet.

Ein Beitrag, der das philosophische Fundament aktueller Debatten behandelt, ist der von Werner Wolbert im Band ‚Die Corona-Pandemie. Ethische, gesellschaftliche und theologische Reflexionen einer Krise‘. Ausgangspunkt für Wolberts Überlegungen ist die ideengeschichtlich nicht neue, aber im Zusammenhang mit der Pandemie erneut populär gewordene Gegenüberstellung einer „Ethik der Würde“ (Wolbert 2020, 119) – dabei bezieht er sich primär auf Kant – mit dem Utilitarismus. Er verfolgt dabei zwei Anliegen: die Kritik der vermeintlichen Gegensätzlichkeit der Positionen und die Verteidigung einer konsequentialistischen Hybridposition, die Menschenwürde als Orientierungsprinzip anerkennt. Wolbert diskutiert

unter Bezugnahme auf die aktuelle Debatte zunächst utilitaristische Bilanzierungsstrategien zur Rettung bzw. zum Schutz der größtmöglichen Anzahl an Menschen. Er verweist auf die Argumentation der reinen Effektivität, bei der es um „Quantitäten, Ressourcen und Kosten, Personenzahl, Lebensjahre und besondere Berufe, die für Pflege und Therapie zuständig sind und deren Qualifikation wiederum Auswirkung auf die Zahlen hat“ (Wolbert 2020, 120) gehe. Dabei problematisiert er die potenzielle Gefährdung von Minderheiten „wie im Fall der Idee, durch schwache Schutzmaßnahmen gegen Corona und das In-Kauf-Nehmen von mehr Toten eine Herdenimmunität zu erreichen“ (ebd., 120), die eine große Menge an Leid produzieren würde, etwa indem „die Interessen oder Rechte der einzelnen Person im Kollektiv“ (ebd., 121) aufgingen. Auch bei Anerkennung des Ziels, in der Krise möglichst vielen Menschen möglichst effektiv zu helfen, sei eine streng an Effektivitätsmaximierung ausgerichtete Bilanzierung zu kritisieren. Als Korrektiv eines rein quantitativen konsequentialistischen Denkens kämen auch für Utilitaristen verbindliche Beschränkungen in Frage. Als Beispiele nennt Wolbert die Positionen von Dworkin und Nozick, die bei einschränkenden Rechten „vor allem an individuelle Präferenzen, subjektive Freiheitsrechte“ (ebd., 122) denken würden, sowie die Prinzipien von Beauchamp und Childress. Tatsächlich ist es ein Vorteil, dass die Prinzipien sich gegenseitig im Rahmen eines kohärenten Konzepts beschränken und gleichzeitig teleologische und deontologische Argumente zulassen. Hierbei seien nach Wolbert „die Prinzipien *non-maleficence* und *beneficence* auf jeden Fall teleologischer Art [...] Die Gerechtigkeit gilt freilich weithin als ein deontologisches Prinzip [...] wie auch der Respekt vor der Autonomie“ (ebd., 125). Die Autoren der *Principles* verteidigen selbst die Einschränkung einer indirekt utilitaristischen Position durch die anderen Prinzipien – wobei auch hier in ethischen Konflikten die Frage der letztgültigen Priorisierung einzelner Prinzipien oft nur im Einzelfall zu bestimmen ist. Aus utilitaristischer Perspektive könnte die Gewichtung der Prinzipien dabei deutlich anders ausfallen als aus deontologischer. Streng deontologische Theorien wiederum stehen im Konfliktfall vor dem Problem der Unabwägbarkeit konfligierender absoluter Pflichten. Auch aus deontologischer Perspektive könnten laut Wolbert aber Ausnahmen gerechtfertigt werden und „wegen einer vordringlichen Pflicht erforderlich sein. Und diese Ausnahme bedeutet keine Beeinträchtigung der Unbedingtheit und Allgemeingültigkeit der Pflicht, sondern deren Präzisierung in einem konkreten Fall“ (ebd., 133). Nach Wolbert sind deshalb Ergebnisse der Überlegungen von Utilitaristen und Deontologen zu konkreten, prakti-

schen Fragen mitunter identisch. Nicht identisch sind dabei natürlich ihre Begründungswege. Wird nun in der aktuellen Debatte auf den Utilitarismus als Begründungsfundament verwiesen oder ebendieses kritisiert, müsse, so Wolbert, klargemacht werden, welche Spielart des Utilitarismus gemeint sei. Nur so ließe „sich klären, ob die Einwände und Gegenargumente tatsächlich nicht-utilitaristischer oder nicht-teleologischer Art“ (ebd., 134) seien. Die Wahl der hedonistischen Variante mit dem Ziel der Maximierung des größtmöglichen Glücks könne zur Folge haben, dass „es letztlich schlicht auf eine insgesamt positive Bilanz“ (ebd., 129) ankäme. Mitunter werde mit ‚Utilitarismus‘ dagegen eine teleologische Ethik beschrieben, die so Wolbert, „eben eine Ethik der Güterabwägung [sei], welche aber nicht ausschließen muss, dass es auch einen Wert gibt, der jeder Abwägung entzogen ist, was bei Kant die *Würde* ist“ (ebd., 132).

Die Medizinethikerin Annette Dufner hat in einem Zeit-Interview zu Allokationsentscheidungen Stellung genommen. Im Interview fokussiert sie primär die Notwendigkeit, praktische Hilfen anbieten zu können. Die Festlegung von Kriterien hält sie nicht grundsätzlich für ethisch problematisch, gerade die Erfolgsaussicht sei für sie durchaus als Kriterium denkbar. Die Diskriminierungsgefahr sei bei der Festlegung konkreter Kriterien kaum gänzlich zu vermeiden, ein Mehraugenprinzip mit einem möglichst heterogen zusammengesetzten Team unter optionaler Einbeziehung eines Ethikkomitees könne diese Gefahr ihrer Ansicht nach bei konkreten Entscheidungen abmildern. Angesprochen auf die Stellungnahme des DER und das Verrechnungsverbot von Menschenleben nennt Dufner als Alternative das „*First come, first serve*“-Prinzip, das sie aber nicht für gerechter hält. Auch hier würden Urteile über den Wert eines Lebens getroffen: „Dann kommt zuerst dran, wer näher am Krankenhaus wohnt oder sich ein Auto leisten kann. Oder der Lebensstil ist ausschlaggebend: Wer sich früher angesteckt hat, wird dann eher behandelt“ (Leitlein 2020, 1). Auch wenig sinnvoll sei ein Losverfahren. Hier müsse entschieden werden, welche Personen wann mit welcher Wiederholungshäufigkeit am Losverfahren teilnehmen. Dufner weist hier indirekt auf ein Merkmal der aktuellen Debatte zu pandemiespezifischen Maßnahmen hin: die stumme Inkaufnahme von Widersprüchen zugunsten augenscheinlicher Klarheit von Lösungsvorschlägen. Auch bei den beschriebenen Alternativen (Losverfahren, *first-come, first serve* usw.) werden Abwägungen getroffen, die gerechtigkeitstheoretisch hochrelevant sind, aber nicht thematisiert würden. Vertreter*innen eines Verrechnungsverbots, die solche Alternativen vertreten, müssten Einschränkungen ihrer

Position erklären. Dufner vertritt eine konsequentialistische Pro-Anzahl-Position, dies wird auch im Interview deutlich. Sie verteidigt das Ziel der Rettung möglichst vieler Menschenleben, erkennt aber an, dass die langfristigen Konsequenzen der dafür notwendigen Entscheidungen begründungsrelevant sind (ebd., 2). Ausführlich hat sie ihre Position gemeinsam mit Bettina Schöne-Seifert diskutiert (vgl. Dufner und Schöne-Seifert 2019). Die Autorinnen postulieren, dass „die Rettung der größeren Anzahl moralisch richtig ist, weil sie das bessere Ergebnis realisiert und dabei nicht gegen andere Pflichten, insbesondere das Gleichachtungsgebot, verstößt“ (ebd., 17), ohne gleichzeitig einen reinen Wohlergehensaggregationismus anzuerkennen (ebd., 38).

Eine Anti-Anzahl-Position vertritt der Risikoethiker Julian Nida-Rümelin, der in einem Interview mit der Süddeutschen Zeitung ebenfalls zu den Konsequenzen aktueller Maßnahmen Stellung bezogen hat. Anders als Dufner positioniert er sich explizit gegen eine Verrechnung von Menschenleben und plädiert dafür „Gesundheitsschutz, Lebensschutz, ökonomische Güter, soziale und kulturelle Güter“ (Schloemann 2020, 19) simultan im Blick zu haben. Diese Position vertrat er auch im Spiegel-Beitrag ‚Raus aus dem Lockdown – so rasch wie möglich‘, einem Beitrag mit Alexander Kekulé, Boris Palmer, Christoph M. Schmidt, Thomas Straubhaar und Juli Zeh. Der Einsatz von Maßnahmen wie im Lockdown sei nach Ansicht der Autor*innen nur übergangsweise und kurzfristig in akuten Krisensituationen zu rechtfertigen. Die verfassungsrechtlichen Grundlagen, die im Kern auch das Selbstbestimmungsrecht des Menschen begründen, dürften keinesfalls mittel- und langfristig ignoriert werden. Anstelle von „allgemein dämpfenden Maßnahmen“ sollten primäre Risikogruppen geschützt und gleichzeitig unterstützt werden (etwa durch Briefe und Anrufe, aber auch durch das Einhalten von Abstands- und Hygieneregeln). Die individuelle Risikoabwägung solle dem Einzelnen vorbehalten bleiben. Da sich Nida-Rümelin dezidiert vom Utilitarismus abgrenzt, ist im Hinblick auf Wolberts Überlegungen vor allem folgende Interviewpassage relevant:

Es hat allerdings durchaus Sinn zu untersuchen, wie sich bestimmte medizinische Maßnahmen zum Gewinn an Lebenszeit und Lebensqualität verhalten. Wenn man jedoch die gesamte medizinische Praxis daran ausrichtet, dann wird das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt oder Ärztin und Patientin oder Patient tief gestört. [...] Es gibt ein grundsätzliches Verrechnungsverbot, in der Alltagsmoral und im Rechtssystem, an das wir uns halten müssen, und davon sind auch meine Positionen geleitet. [...] Ich bin Humanist, und Humanismus

heißt, man orientiert sich an der individuellen Autonomie, an individuellen Rechten und Gerechtigkeit. Menschen sind keine Nummern. (Schloemann 2020, 19)

Basis für Nida-Rümelins Argumentation sind universale Normen und Prinzipien (Gerechtigkeit, Recht/Pflicht, Menschenwürde, Autonomie), er verneint aber für die Bewertung praktischer Fragen – hier im Kontext von Triage-Entscheidungen – nicht die Relevanz der Behandlungskonsequenzen (Erfolg, Lebenszeit, Lebensqualität). Sowohl Dufner als auch Nida-Rümelin formulieren also für ihre Bewertungen konkret-praktischer Fragen Einschränkungen und könnten, wie Wolbert es vermutet hat, z. B. im Hinblick auf die Bewertung einzelner Maßnahmen so in manchen Fällen zu einem ähnlichen Ergebnis kommen. Dennoch ist die Begründungsrichtung deutlich zu unterscheiden.

Auch in den Stellungnahmen der Fachgesellschaften lassen sich (implizit oder explizit) theoretische Grundannahmen erkennen. Wie bei Nida-Rümelin werden etwa in der Empfehlung des DER u. a. Rechtsordnung und Menschenwürde als normative Bezugspunkte benannt. Auch der simultane Blick auf Gesundheitsschutz und „die politische, soziale, wirtschaftliche und kulturelle Lebenslage derjenigen Personen oder Personengruppen, die von dieser Strategie unmittelbar oder mittelbar betroffen sind“ (DER 2020, 5) wird vertreten, allerdings im Rahmen einer durch die Rechtsnormen eingeschränkten Kosten-Nutzen-Abwägungslogik:

Solche Abwägungen, die immer auch Nützlichkeitsabwägungen einschließen, sind ethisch einerseits unabdingbar, andererseits nur insofern zulässig, als sie keine Grund- und Menschenrechte oder weitere fundamentale Güter auf Dauer aushöhlen oder sogar zerstören. Auch der gebotene Schutz menschlichen Lebens gilt nicht absolut. (ebd., 5)

Die Empfehlung des Ethikrats, so Weyma Lübbe, sei „angesichts der Kürze derstellungszeit und der Rücksichten, die bei kollektiver Autorschaft zu nehmen sind, bemerkenswert differenziert und konsensuell geraten“ (Lübbe 2020, 334). Dabei würde allerdings nicht herausgestellt, wie fundamental und „wie kontrovers die theoretischen und konzeptuellen Grundlagen sind, aus denen heraus das rasche Antwortgeben in der Krise sich speist“ (ebd., 434–435). Es ist laut Lübbe unklar, worauf sich die Haltung der Rettung möglichst vieler Menschenleben als Orientierungsmaßstab theoretisch begründet; hierzu seien fundierte gerechtigkeitstheoretische Überlegungen

anzustellen. Den Kliniker*innen würde dadurch nur unzureichend Orientierung gegeben. Eberhard Schockenhoff sieht in den Empfehlungen keinen konzeptuellen Widerspruch. Im Rahmen einer „autonomiebasierte[n] Ethik, die dem individuellen Rechtsschutz aufgrund der Menschenwürde oberste Priorität einräumt“ (Schockenhoff 2020, 28), sei eine utilitaristische Nutzenabwägung untersagt. Auch „in Situationen, in denen Leben gegen Leben steht“, dürfe „niemand als Mittel zum Zweck der Lebensrettung anderer benutzt werden“ (ebd., 29). Gleichzeitig erkennt auch er als Ziel der aktuellen Maßnahmen die Rettung möglichst vieler Menschenleben selbstverständlich an. Die Maßnahmen müssten sich dabei „zwingend innerhalb des [...] verfassungsrechtlichen Rahmens bewegen, die auch in Notsituationen niemals außer Kraft gesetzt werden können“ (ebd., 29). Wie dies praktisch widerspruchsfrei umzusetzen sei, beantwortet auch er nicht.

Es besteht in der aktuellen Debatte weitgehend Einigkeit, dass es aus ethischer Perspektive geboten ist, „die Gesellschaft“⁴ in der Krise zu schützen. Große Uneinigkeit besteht bezüglich der Art und Weise, wie das für wen gestaltet werden soll, welche Lebensbereiche als schützenswert erachtet werden, welchen Stellenwert übergeordnete Normen haben und welcher Argumentationsweg für ethische Begründungen gewählt wird. Während streng deontologische Positionen Gefahr laufen, keine Lösungen für die Praxis anbieten zu können, weil einander widerstreitende absolute Pflichten konkrete Ergebnisse verhindern, müssen sich streng konsequentialistische Positionen mit Vorwürfen der Diskriminierung kleiner Gruppen und der Vernachlässigung menschenrechtlicher (z. B. Menschenwürde) und verfassungsrechtlicher (z. B. bzgl. des Instrumentalisierungsverbots) Prinzipien auseinandersetzen. Faktisch werden selten streng normative Positionen vertreten.

Was bedeutet das für die Arbeit von Ethikberatern? Können die Argumente der aktuellen ethischen Debatte zur Covid-19-Pandemie zu einer Erweiterung des Begründungsfundaments von Ethikberatern beitragen? Einerseits wurde anhand der gezeigten Argumente klar, dass *streng* normative Positionen für die ethische Diskussion pandemiespezifischer Maßnahmen in praktischen Kontexten wenig hilfreich sein dürften. Wenn allerdings die Argumentationswege offengelegt und die für Abwägungen

4 Es bleibt oft unklar, ob in den Abwägungen die Weltengemeinschaft gemeint ist oder ob sich die Argumentationen auf lokale/nationale Strukturen beziehen. Dies würde z. B. relevant, wenn man diskutiert, ob bei nationalen Knappheitslagen Personen, die aus anderen Ländern zur Versorgung aufgenommen wurden, nachrangig behandelt würden.

und Einschränkungen relevanten Punkte transparent gemacht werden, kann eine Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Perspektiven für Ethikberatende durchaus hilfreich sein bei der Bearbeitung pandemiespezifischer Anfragen: So könnte etwa bei dem vorgestellten Beispiel [a] auf argumentativ stärkerer Basis begründet werden, wodurch Einschränkungen individueller Freiheiten (hier: des Besuchsrechts) in explizit zu definierenden Notsituationen gerechtfertigt werden können, wann eine Abwägung von Nutzen und Schaden wie legitimiert werden kann und wann nicht, oder warum die Ermöglichung eines menschenwürdigen Sterbens als Anspruch formuliert und dadurch eventuell individuelle Patientenrechte gestärkt werden können. Andererseits glaube ich, dass die aktuelle ethische Debatte von den Begründungswegen der Ethikberatung profitieren könnte: Analysen pandemiespezifischer Maßnahmen in der medizinischen Versorgung durch Ethikberatende könnten als *Best-Practice*-Beispiele dienen, um transparente, multiperspektivische, kontextsensible Entscheidungsprozesse auf Basis ethischer Prinzipien mittlerer Reichweite theoretisch zu rechtfertigen. Dies könnte auch praktische Konsequenzen für eine mögliche Erweiterung des Aufgabenbereichs von Ethikberatern haben. Ob Ethikberatende dafür selbst auf der Organisationsebene von Institutionen tätig werden – etwa, indem sie Entscheidungsprozesse moderierend begleiten – oder Beispiele in Leitlinien und Fortbildungen verarbeiten, hängt ebenso vom Umfang der Integration von Ethikern durch die Entscheidungsträger*innen wie auch von den Profilen der Beratenden ab.

4. Kompetenzgrenzen: Public Health, Menschenrechte, Psychologie, Recht

Ich möchte im letzten Punkt auf die Frage eingehen, inwieweit sich Ethikberatende für die Bearbeitung pandemiespezifischer Fragen neue Wissensbereiche erschließen sollten und wo Kompetenzgrenzen liegen.

Die Arbeitsgruppe Ethik des ‚Kompetenznetzes Public Health zu COVID-19‘ (vgl. <https://www.public-health-covid19.de>) vertritt die Ansicht, dass für Fragen zum Umgang mit der Pandemie die Perspektive der Public-Health-Ethik dringend erforderlich sei⁵ – diese Ansicht teile ich. Ein Beispiel für die Integration dieser Perspektive in den Ethikberatungskontext ist eine „Public-Health-Ethikberatung“, in deren Rahmen eine Gruppe von Ex-

5 Hierzu sind besonders die Policy Briefs der Ethik-Arbeitsgruppe des Kompetenznetzes zu empfehlen.

pert*innen für Public Health vier „Fragen zu ethischen Aspekten von anstehenden Schutzmaßnahmen der öffentlichen Gesundheit“ (Wild et al. 2020, 507) des Landesinstituts für Gesundheit bearbeitet und publiziert hat. Diese Arbeitsweise ist ein Beispiel für das ‚Expertenmodell‘ der Ethikberatung, bei dem Fragen an ein Expertengremium delegiert werden, der Abwägungsprozess findet innerhalb des Gremiums statt. Dieses Modell eignet sich besonders für Beratungen auf Organisationsebene.

Ein Spezifikum der Public-Health-ethischen Perspektive ist es, dass „prinzipiell alle Themenfelder der multidisziplinären Gesundheitswissenschaften als relevant erachtet“ werden, etwa Themen im Zusammenhang mit Gesundheitssystem und Gesundheitsökonomie. Ein weiteres sei der Fokus auf „gesamtgesellschaftlich relevante normative Aspekte“ (beides ebd., 508) des guten Lebens, wie etwa soziale Gerechtigkeit. Eine strenge Abgrenzung zwischen Medizinethik und Public-Health-Ethik wird nicht vorgenommen, lediglich die anders gelagerte Blickrichtung wird betont. Hier einige Beispiele für Unterschiede zwischen dieser Beratung und der klassischen Fallberatung, um das Kompetenzerweiterungspotenzial für Ethikberatende zu illustrieren: Als relevante ethische Werte wurden etwa die Möglichkeit zur Partizipation aller von den Entscheidungen Betroffener genannt, Transparenz und Offenheit zugunsten der Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen, die Angemessenheit der Entscheidungen auf Basis z. B. von Evidenzen und begründeten Werten sowie die Möglichkeit zur Revision (vgl. ebd., 509). In der Möglichkeit zur Partizipation findet sich zwar auch ein Grundprinzip einzelfallbezogener Ethikberatung wieder, allerdings ist im Public-Health-Kontext der Kreis von Adressat*innen deutlich größer und, anders als in konkreten Fällen, wird die Partizipation meist nicht direkt, sondern über Repräsentanten realisiert. Der Anspruch an hohe ethische Qualität (Begründung von Argumenten/Entscheidungen) und kommunikative Standards (Nachvollziehbarkeit, Offenheit, Transparenz) ist für beide Varianten der Ethikberatung gleichermaßen von Bedeutung, doch die weitreichendere Verantwortung, die mit einer transparenten Kommunikation an die und mit der Öffentlichkeit einhergeht (gerade im Hinblick auf potenziell nötige Revisionen) ist für Fragestellungen im Zusammenhang mit der öffentlichen Gesundheit spezifisch. Darüber hinaus ist für Ethikberatungen, die von Institutionen oder der Politik angefragt werden, mitunter bereichsspezifisches Wissen erforderlich. Während „klassische“ Ethikberatende durchaus über das theoretische Instrumentarium zur Durchführung und Moderation von Beratungsgesprächen verfügen und geschult sind im Umgang mit Entscheidungsprozessen bei konfligierenden

ethischen Normen, Werten oder Ansprüchen in medizinischen Versorgungssituationen, sind sie nicht zwingend inhaltlich und strukturell vorbereitet auf Ethikberatungen im Public-Health-Kontext. Diese würden „ein besonderes Verständnis für ethische Fragen auf der Bevölkerungsebene, wie sie z. B. in der politischen Philosophie verhandelt werden, und Vertrautheit mit der Komplexität von Gesundheitssystemen“ (ebd., 508) erfordern – weshalb die Ausbildung explizit Public-Health-ethischer Expertise angezeigt wäre, wenn Ethikberatende ohne Vorerfahrung in diesem Bereich tätig werden wollten. Die *generelle* Kritik an einer Beteiligung von Ethikberatenden an Entscheidungen auf Organisationsebene, etwa bei der Diskussion von Fragen zur Ressourcenallokation oder der Bewertung pandemiespezifischer Maßnahmen, halte ich für undifferenziert. Ich hatte bereits auf Möglichkeiten von Ethikberatenden bei der Bearbeitung paradigmatischer Fälle und Fragen hingewiesen oder auf die Moderation von Diskursen in Organisationen. Darüber hinaus könnten sich gerade Ethikberatende mit Wissen und Kompetenzen im Public-Health-Kontext auch, wie oben beschrieben, im Rahmen von Expertenmodellen einbringen. Da die Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheit vor dem Hintergrund der Pandemie zudem auch in Einzelfallberatungen relevant ist, wäre eine Kompetenzerweiterung im Bereich Public-Health-Ethik unabhängig von einem erweiterten Arbeitsfeld zu empfehlen und entsprechende Angebote zu entwickeln.

Viele der Werte und Prinzipien, die bezüglich der Bearbeitung pandemiespezifischer Fragen genannt wurden, haben Bezug zu Menschenrechten (z. B. Menschenwürde, Autonomie, Schutz vor Diskriminierung). Menschenrechtsbasierte Argumentationen könnten hilfreich dabei sein, „Pflichten [zu beschreiben] und Forderungen an den Staat und dessen Institutionen“ (Hack und Herrler 2020, 13) zu formulieren – dies könnte für Ethikberatungen im Public-Health-Kontext interessant sein. Die Ethik der Menschenrechte kann zudem einen substanziellen Beitrag bei der Beantwortung von Fragen z. B. zum Umgang mit Vulnerabilität, zur Förderung von Autonomie oder bei der Diskussion divergierender Wertvorstellungen leisten (vgl. Bielefeldt 2016, Hack et al. 2019a und 2019b) – bisher wurde dies allerdings kaum im Hinblick auf Ethikberatung diskutiert. Wissensbestände und Argumente aus dem Menschenrechtskontext können wertvolle Erweiterungen für Ethikberatende darstellen, gerade im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie.⁶

6 Mit der menschenrechtlichen Dimension der Pandemie haben sich u. a. Human Rights Watch und das Deutsche Institut für Menschenrechte auseinandergesetzt.

Auch dabei wären für die kompetente Anwendung entsprechende Fortbildungsangebote zu entwickeln. Ich möchte mich bezüglich der Erweiterung der Kompetenzen von Ethikberatenden an den Appell zur Auseinandersetzung mit der Public-Health-Ethik von Wild et al. anschließen und diesen auf die Ethik der Menschenrechte ausdehnen.

In Ethikberatungsgesprächen „wird die psychische Belastung der Beteiligten häufig nicht explizit, wohl aber implizit adressiert“ (Knochel et al. 2020, 1). Dies ist eine generelle Herausforderung im Zusammenhang mit Ethikberatungen, die bisher kaum wissenschaftlich bearbeitet wurde. Wenngleich die Durchführung von Ethikberatungen auch zu psychischer Entlastung beitragen kann, sind Methodik und Zielsetzung von Ethikberatungsgesprächen und psychologischen/therapeutischen Beratungsgesprächen unbedingt zu unterscheiden und für eine professionelle Bearbeitung voneinander abzugrenzen. Im Zusammenhang mit Anfragen und Beratungen seit Beginn der Covid-19-Pandemie wurde verstärkt ‚moralischer Stress‘ bei Mitarbeitenden wahrgenommen, der durch die Konfrontation „mit kritischen und potentiell traumatischen Ereignissen und [...] moralischen Herausforderungen“ (ebd., 2) ausgelöst werde und sich psychisch belastend auswirken könne. Die AEM vertritt im Diskussionspapier zur Rolle von Ethikberatenden die Ansicht, dass die „Beratung bei psychischen Belastungen [...] nicht Aufgabe[n] von Ethikberatung“ sei (Marckmann et al., 2020), dass Ethikberatende jedoch auf bestehende Strukturen hinweisen und die Einrichtung neuer Angebote unterstützen könnten. Eine Erweiterung des Ethikberatungsangebots um Interventionen, die auf die Reduktion von moralischem Stress abzielen, wird aktuell kontrovers diskutiert. Hilfreich ist hier die Handreichung für Ethikberatende zu psychischen Belastungen von Gesundheitspersonal im Umgang mit moralischen Konflikten von Knochel, Kühlmeyer, Richstein und Rogge. Ethikberatende können nach Auffassung der Autor*innen durch Fortbildungen die „Kommunikation über moralische Herausforderungen“ (Knochel et al. 2020, 3) des Personals verbessern, was zum „guten ethischen Klima einer Institution“ (ebd., 3) beitrage und Belastung durch moralischen Stress verringere. Im Rahmen von Fallberatungen könnten Ethikberatende das Personal durch empathische Anerkennung der Belastungen und gemeinsames Herausarbeiten und Benennen der Ursachen

gesetzt (vgl. <https://www.hrw.org/news/2020/03/19/human-rights-dimensions-covid-19-response>, <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/aktuell/news/meldung/article/corona-pandemie-menschenrechte-muessen-das-politische-handeln-leiten/>).

moralischer Dilemmata entlasten. Es werden auch Beispiele für Maßnahmen genannt, die über das bisherige Spektrum der Ethikberatung hinausgehen, etwa psychologisches Debriefing, Mentoringprogramme, Second-Victim-Support-Teams oder auf moralischen Stress fokussierte Teambesprechungen. Hinsichtlich all dieser Maßnahmen ist eine psychologische Weiter- oder Ausbildung Voraussetzung für die kompetente Durchführung. Die Möglichkeiten von Ethikberatern, hilfreiche Unterstützung bei der Bewältigung von durch moralischen Stress ausgelösten psychischen Belastungen zu bieten, sind maßgeblich abhängig vom individuellen Kompetenzspektrum der Berater. Entsprechend ist für die professionelle, qualitativ hochwertige Beratung in diesem Kontext die Reflexion der eigenen Möglichkeiten und Grenzen notwendig vorzusetzen. Die Vernetzung ethischer, psychosozialer und seelsorgerlicher Unterstützungsangebote der jeweiligen Institutionen kann dabei für die Bearbeitung von Fragen im Graubereich der Zuständigkeit hilfreich sein.

Explizit abgrenzen müssen sich Ethikberatende vom juristischen Kompetenzbereich. Ethikberatungen finden dabei nicht losgelöst von rechtsstaatlichen Rahmenbedingungen statt: Rechtsnormen oder professionsethische Erklärungen, „nationales und transnationales Recht, [...] Empfehlungen und Richtlinien von Fachgesellschaften [...] müssen sinnvoll interpretiert und integriert werden“ (Mertz et al. 2014, 98), die individuelle Gewissensfreiheit muss berücksichtigt werden. Dies setzt seitens der Ethikberater Kompetenz im Umgang mit den relevanten Normen und Gesetzen voraus, in schwierigen Fällen auch das Bewusstsein um Kompetenzgrenzen und die Notwendigkeit eines juristischen Konsils. Im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie werden bei der *ethischen* Bewertung von Maßnahmen oft *juristische Argumente* ohne hinreichende Abgrenzung der Argumentationsebenen diskutiert. Gleichzeitig herrscht weder unter Juristen eine einheitliche Meinung zur rechtlichen Bewertung der Maßnahmen,⁷ noch gibt es faktische Rechtssicherheit. Die Kompetenzen, die Ethikberatende für die Bewertungen von *juristisch relevanten* ethischen Fragestellungen im Pandemiekontext haben müssten, können momentan (noch) nicht erworben werden. Die Bewertung von Entscheidungen oder Handlungen als „ethisch vertretbar“ im Kontext von Ethikberatungen muss nicht zwingend mit einer juristischen Legitimation einhergehen, diese kann bestenfalls gleichzeitig bestehen. Hier darf in unklaren Fällen von der Ethik weder eine Entlastung

7 Vgl. hierzu z. B. Jäger und Gründel 2020, Taupitz 2020, Birklbauer 2020.

bezüglich befürchteter juristischer Konsequenzen erwartet noch (unbewusst durch mangelhafte Abgrenzung) suggeriert werden. Eine Entlastung der Akteur*innen im Gesundheitswesen im Hinblick auf Rechtssicherheit bei Entscheidungen unter Pandemiebedingungen kann nur auf Basis einer Klärung der juristischen Rahmenbedingungen durch die entsprechenden Expert*innen gewährleistet werden.

5. Mehr Ethik, mehr als Ethik und mehr Ethiker

Für die Beantwortung ethisch relevanter Fragen, die sich im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie stellen, sind weite, unspezifische Argumentationen nicht nur wenig konstruktiv, sondern sogar verunsichernd – egal, ob deren inhaltlicher Fokus von begründungstheoretisch nicht weiter ausdifferenzierten Verweisen auf die prinzipielle Priorisierung des gesellschaftlichen Gesundheitsschutzes, das Verbot der Instrumentalisierung oder die größtmögliche Zahl zu rettender Menschenleben geprägt ist. Ohne hinreichende Differenziertheit der Argumentation wird durch das Stehenlassen scheinbarer Selbstverständlichkeiten Widerspruchsfreiheit bloß suggeriert, nicht hergestellt. Eine reflektierte Anerkennung pandemiespezifischer Maßnahmen und Entscheidungen ist auf dieser Basis kaum zu erreichen, ebenso wenig eine Unterstützung von Akteur*innen in der Versorgungspraxis. Ich vertrete die Ansicht, dass durch die Anwendung der Methoden zur Entscheidungsfindung, der Begründungswege und Argumentationen, die in der Ethikberatung genutzt werden, mehr Differenziertheit in der aktuellen Debatte erreicht werden könnte. Wahrscheinlich können für die beschriebenen strukturell wie inhaltlich hochkomplexen Fragen oft keine ethisch idealen, vollumfänglich konsensuellen Lösungen gefunden werden, sondern nur Kompromisse. Diese wären bei expliziter und transparenter Aushandlung von Unterschieden und Widersprüchen aber mitnichten argumentativ schwächer, sondern würden pragmatische, nachvollziehbare und für die konkreten Kontexte plausible Ergebnisse darstellen. Dabei sollte keine verkürzende Komplexitätsreduktion, sondern eben eine differenzierte Aufarbeitung angestrebt werden. „Mehr Ethiker“ bzw. Ethikberatende könnten durch professionell geleitete Beratungsgespräche, die als diskursive Aushandlungsprozesse unter diskriminierungsfreier Teilhabe aller entscheidungsrelevanter Personen(gruppen) und durch kontextsensitive Interpretation der konkret zur Debatte stehenden ethischen Werte, Prinzipien und Normen realisiert werden, ein produktives Setting für diese differenzierte Bearbeitung schaffen.

Durch die Begleitung herausfordernder Entscheidungsprozesse sowie durch Fortbildungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen könnten Ethikberatende hilfreiche Unterstützung bieten im Umgang mit den Lücken, die etwa in den Empfehlungen der Fachgesellschaften auf konkret-inhaltlicher Ebene stehen geblieben sind. Sie könnten dies nicht nur in der unmittelbaren Patientenversorgung und im Hinblick auf individuelle Einzelfälle, sondern unter Einbezug von beispielsweise Public-Health-ethischer Expertise auch in Krisenstäben oder für Personen(gruppen) aus Institutionen des Gesundheitswesens. Die Beratenden müssen für sich dabei verantwortungsbewusst und selbstreflektiert beantworten, in welchen Kontexten, zu welchen inhaltlichen Themen und für welche Klientel sie sich vor dem Hintergrund des eigenen, individuellen Kompetenzsets professionell einbringen können und wollen. Auch angesichts der Vielfalt der Profile von Ethikberatenden könnten hier wertvolle Ressourcen im Umgang mit pandemiespezifischen ethischen Fragen gefunden werden.

Literatur

- Beauchamp, Tom L., und James F. Childress. 2009. *Principles of biomedical ethics*, New York: Oxford University Press.
- Bielefeldt, Heiner. 2016. „Der Menschenrechtsansatz im Gesundheitswesen“. In *Das Menschenrecht auf Gesundheit. Normative und aktuelle Diskurse*, herausgegeben von Andreas Frewer und Heiner Bielefeldt, 19–56. Bielefeld: transcript.
- Birklbauer, Alois. 2020. „Die Verhältnismäßigkeit der Covid-19-Maßnahmen aus strafrechtlicher Sicht“. In *Die Corona-Pandemie. Ethische, gesellschaftliche und theologische Reflexionen einer Krise*, hg. von Wolfgang Kröll et al., 137–152. Baden-Baden: Nomos.
- Bundesärztekammer (BÄK). 2020. *Bekanntmachungen: Orientierungshilfe der Bundesärztekammer zur Allokation medizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie im Falle eines Kapazitätsmangels*. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/BAEK_Allokationspapier_05052020.pdf (zuletzt zugegriffen am 23.7.2020).
- Deutscher Ethikrat (DER). 2016. *Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme*. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf> (zuletzt zugegriffen am 26.7.2020).
- 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> (zuletzt zugegriffen am 19.8.2020).

- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin, Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin, Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Akademie für Ethik in der Medizin. 2020. *Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie, Version 2: Klinisch ethische Empfehlungen*. <https://www.divi.de/joomlatoools-files/docman-files/publikationen/covid-19-dokumente/200416-divi-covid-19-ethik-empfehlung-version-2.pdf> (zuletzt zugegriffen am 20.8.2020).
- Dufner, Annette, und Bettina Schöne-Seifert. 2019. „Die Rettung der größeren Anzahl: Eine Debatte um Grundbausteine ethischer Normenbegründung“. *Zeitschrift für Praktische Philosophie*, Bd. 6, Heft 2: 15–42. <https://doi.org/10.22613/zfpp/6.2.1>
- Frewer, Andreas, und Heiner Bielefeldt. Hg. 2016. *Das Menschenrecht auf Gesundheit. Normative Grundlagen und aktuelle Diskurse*, Bielefeld: transcript.
- Habermas, Jürgen. 1991. *Erläuterungen zur Diskursethik*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Hack, Caroline, und Christoph Herrler. 2020. „Teilhabe im Pflege- und Gesundheitswesen. Menschenrechtliche Fundierung und ethische Aspekte bei der Realisierung“. In *Ethik im Gesundheitswesen. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit*, hg. von Annette Riedel, Sonja Lehmeier. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58685-3_20-1
- Hack, Caroline, Lutz Bergemann, Heiner Bielefeldt und Andreas Frewer. Hg. 2019a. *Menschenrechte im Gesundheitswesen. Vom Krankenhaus zur Landesebene*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Hack, Caroline, Lutz Bergemann und Andreas Frewer. 2019b. „Menschenrechte in der Klinik: Fallberatungen von Ethikkomitees im Vergleich. Zur Einführung“. In *Menschenrechte im Gesundheitswesen. Vom Krankenhaus zur Landesebene*, hg. von Caroline Hack et al., 209–216, Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Jäger, Christian, und Johannes Gründel. 2020. „Zur Notwendigkeit einer Neuorientierung bei der Beurteilung der rechtfertigenden Pflichtenkollision im Angesicht der Corona-Triage“. *Zeitschrift für Internationale Strafrechtsdogmatik* 4/2020: 151–163. http://www.zis-online.com/dat/artikel/2020_4_1356.pdf (zuletzt zugegriffen am 21.8.2020).
- Knochel, Kathrin, Katja Kühlmeyer, Karl-H. Richstein und Annette Rogge. 2020. *Psychische Belastungen von Gesundheitspersonal im Umgang mit moralischen Konflikten. Eine Handreichung für klinische Ethikberater*innen*. https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/Handreichung_psychischer_Belastung_15_4_final.pdf (zuletzt zugegriffen am 10.8.2020).
- Kröll, Wolfgang, Johann Platzer, Hans-Walter Ruckenbauer und Walter Schaupp. Hg. 2020. *Die Corona-Pandemie. Ethische, gesellschaftliche und theologische Reflexionen einer Krise*. Baden-Baden: Nomos. <https://doi.org/10.5771/9783748910589> (zuletzt zugegriffen am 17.8.2020).

- Leitlein, Hannes. 2020. „Behandlung von Corona-Patienten: ‚Wir dürfen die Ärzte nicht alleinlassen‘“. *Zeit Online*. 4. April 2020. <https://www.zeit.de/gesellschaft/2020-04/behandlung-coronavirus-patienten-krankenhaeuser-triage-notfallmedizin-aerzte-annette-dufner>.
- Lübbe, Weyma. 2020. „Orientierung in der Corona-Krise? Nicht mit Doppelbotschaften“. *Medizinrecht* 38: 434–439. <https://doi.org/10.1007/s00350-020-5557-4>.
- Marckmann, Georg, Gerald Neitzke, Annette Riedel et al. 2020. „Möglichkeiten und Grenzen von Ethikberatung im Rahmen der COVID-19-Pandemie“. *Zeitschrift für Ethik in der Medizin* 32: 195–199. <https://doi.org/10.1007/s00481-020-00580-4>.
- Marckmann, Georg. 2017. „Klinische Ethikberatung und ethische Entscheidungsfindung in der Neuromedizin“. In *Angewandte Ethik in der Neuromedizin*, hg. von Frank Erbguth und Rolf Jox, 25–37. Berlin und Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-49916-0_3.
- Mertz, Marcel, Heidi Albisser Schleger, Barbara Meyer-Zehnder und Stella Reiter-Theil. 2014. „Prinzipien und Diskurs – Ein Ansatz theoretischer Rechtfertigung der ethischen Fallbesprechung und Ethikkonsultation“. *Zeitschrift für Ethik in der Medizin* 26: 91–104. <https://doi.org/10.1007/s00481-013-0243-y>.
- Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina. 2020. *Ad-hoc-Stellungnahmen zur Coronavirus-Pandemie*. https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2020_08_05_Leopoldina-Stellungnahmen_Coronavirus.pdf (zuletzt zugegriffen am 20.8.2020).
- Neitzke, Gerald. 2019. „Ethik in der Palliativmedizin“. In *Repetitorium Palliativmedizin*, hg. von Matthias Thöns und Thomas Sitte, 231–242. https://doi.org/10.1007/978-3-662-59090-4_13.
- Schloemann, Johan. 2020. „Der Ausdruck soziale Distanz ist ein Unding“. *Süddeutsche Zeitung* Nr. 118: 19.
- Schockenhoff, Eberhard. 2020. „Die Ad-hoc-Empfehlungen des Deutschen Ethikrats zur Corona-Pandemie“. In *Die Corona-Pandemie. Ethische, gesellschaftliche und theologische Reflexionen einer Krise*, hg. von Wolfgang Kröll et al., 25–35. Baden-Baden: Nomos.
- Schröder, Peter. 2007. „Public-Health-Ethik in Abgrenzung zur Medizinethik“. In *Bundesgesundheitsblatt* 50: 103–111. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0115-z>.
- Simon, Alfred. 2020. „Ethikberatung im Gesundheitswesen“. In *Ethik im Gesundheitswesen. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit*, hg. von Annette Riedel und Sonja Lehmeier. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58685-3_66-1.
- Taupitz, Jochen. 2020. „Verteilung medizinischer Ressourcen in der Corona-Krise: Wer darf überleben?“. *Medizinrecht* 38: 440–450. <https://doi.org/10.1007/s00350-020-5558-3>.

- UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte. 2000. „Allgemeine Bemerkung Nr. 14: Das Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit (Artikel 12). Deutsche Übersetzung“. In *Das Menschenrecht auf Gesundheit. Normative Grundlagen und aktuelle Diskurse. Menschenrechte in der Medizin. Human Rights in Healthcare* 1: 241–275. Bielefeld: transcript.
- Wild, Verina, Alena Buyx, Samia Hurst, Christian Munthe, Annette Rid, Peter Schröder-Bäck, Daniel Strech und Alison Thompson. 2020. „Covid-19: Eine Ad hoc Public-Health-Ethikberatung“. *Gesundheitswesen* 2020 82: 507–513. Stuttgart und New York: Thieme. <https://doi.org/10.1055/a-1174-0086>.
- Wolbert, Werner. 2020. „Kantianismus, Utilitarismus und die Menschenwürde“. In: *Die Corona-Pandemie. Ethische, gesellschaftliche und theologische Reflexionen einer Krise*, hg. von Wolfgang Kröll et al., 119–136. Baden-Baden: Nomos.
- Zentrale Ethikkommission (ZEKO). 2019. „Stellungnahme ‚Außerklinische Ethikberatung‘“. *Deutsches Ärzteblatt* 117:12. A1–A8. https://doi.org/10.3238/baek_sn_aeb_2019 (zuletzt zugegriffen am 19.10.2020).