

# افغانستان آزاد – آزاد افغانستان

AA-AA

چو کشور نپاشد تن من مباد بدین بوم و بر زنده یک تن مباد  
همه سر به سر تن به کشتن دهیم از آن به که کشور به دشمن دهیم

[www.afgazad.com](http://www.afgazad.com)

[afgazad@gmail.com](mailto:afgazad@gmail.com)

European Languages

زبانهای اروپایی

Von Hans Otto Röber

10.01.2021

## Tödliche Ethik

Die Frage der Entscheidung darüber, wer leben darf, entwickelte sich aus der Kriegsmedizin.  
Über die Wiederkehr der Triage in der Pandemie (Teil 1 von 2)



imago/United Archives International

Für Soldaten heißt Triage: Ausharren müssen, bis über ihre Überlebenschancen geurteilt wird. Österreichische Verletzte warten 1915 nach einer der Isonzo-Schlachten im Ersten Weltkrieg auf medizinische Versorgung

Hans Otto Röber schrieb an dieser Stelle zuletzt in der [Ausgabe vom 18. August](#) über Georg Büchner und sein politisches Vermächtnis.

Das Covid-19-Virus hat nicht nur den vermeintlichen Gewissheiten über unser gesellschaftliches Naturverhältnis einen Schock verpasst, sondern ebenso ethische Gewissheiten in Frage gestellt. Vor allem die ethische Diskussion geriet in die Latenz, als im Sommer die Zahl der Infizierten in Deutschland zurückging und viele Politiker euphorisch wurden: Wir haben die Lage im Griff, zumindest mehr als alle anderen Nationen. Dann kam

der Herbst, und die Zahl der Infizierten stieg auf eine neue Rekordhöhe. Die zweite Welle war da, und mit ihr kam am 2. November der »Lockdown light«. Damit war sie aber nicht zu brechen. Seit dem 16. Dezember gilt ein erneuter, diesmal »harter Lockdown« (der bislang nur der Hoffnung nach nachhaltiger ist). Lag die höchste gemessene Zahl der täglich Neuinfizierten in der ersten Welle bei bundesweit 6.933 am 27. März (Angabe nach WHO, Johns Hopkins University), liegt sie seit Wochen immer öfter über 20.000 und erreichte am 11. Dezember mit 29.875 den Höchststand vor dem aktuellen Shutdown (Bundesregierung mit Berufung auf RKI). Zu Beginn dieses zweiten Shutdowns am 16. Dezember wurde mit 952 Toten eine neue Tageshöchstzahl in der Pandemie erreicht.

### **Sich verschärfende Lage**

Noch im Oktober schien die objektive Lage in Teilen besser auszusehen als im Frühjahr: Die Deutsche Krankenhausgesellschaft sprach von einer Kapazität an Intensivbetten »weit über dem Niveau anderer europäischer Länder« (8. Oktober). Es gebe 30.000 für Covid-19-Patienten geeignete, also mit einem Beatmungsgerät versehene Intensivbetten, ein knappes Drittel davon sei momentan frei. Hinzu kämen ausreichende Reserven (an Betten), die im Notfall aktiviert werden könnten. Das war ein Unterschied zur Situation im März des Jahres, wo Krankenhäuser aufgefordert wurden, ihre Lager und Keller nach Betten, EKG- und Beatmungsgeräten zu durchforsten. Das schien den Erfolg der Krisenpolitik der Bundesregierung zu bestätigen.

Doch bereits vor Mitte Oktober wurde diese gute Nachricht von der genügend großen Zahl an Intensivbetten wieder entscheidend relativiert durch Sorgen im Blick auf die Ausstattung mit geschultem Personal. Wer sich noch an die Informationen aus Norditalien im März des Jahres erinnert, weiß, dass das Problem nicht in einem Bettenmangel bestand, sondern im Mangel an Beatmungsgeräten und in einem Mangel an Personal, der durch Infektionen von Ärztinnen und Ärzten und von Angehörigen des Pflegepersonals verstärkt wurde. In Deutschland sollen nach Angaben der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) von Ende Oktober 3.500 bis 4.000 Fachkräfte im Bereich der Intensivpflege fehlen. Viele der im Laufe des Jahres von den Krankenhäusern gemeldeten Intensivbetten seien schlicht »nicht gepflegbar«, drückte es Stefan Kluge, Leiter der Intensivmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, am 2. Dezember in der *SWR*-Sendung »Plusminus« aus. Das bereits in den 1960er Jahren gesichtete Gespenst des »Pflegenotstands« hat sich längst als Wiedergänger entpuppt, der seine Energie aus dem System der Fallpauschalen bezieht.

Ende Oktober bewertete der Präsident des Robert-Koch-Instituts die Krisenlage als »sehr ernst«. Mittlerweile häufen sich solche Meldungen. Kliniken seien am »Limit«, sie stießen »an die Grenzen des Leistbaren«. Diese Sorgen gründen in der Entwicklung der Intensivbettenbelegung: Der Peak der wegen Covid-19 intensivmedizinisch behandelten Kranken in der ersten Welle war laut DIVI-Intensivregister am 18. April mit 2.933 Patientinnen und Patienten erreicht. Am Tag des zweiten »harten« Shutdowns befanden sich 4.826 Covid-19-»Fälle« auf den Intensivstationen, die insgesamt mit 22.530 Patientinnen und Patienten belegt sind. Ihnen stehen 4.542 freie Betten gegenüber (bei sinkender Tendenz seit August und insbesondere seit dem 20. Oktober). Das scheint alles noch nicht dramatisch zu sein. Doch ist zu fragen, wie es um die »Betreibbarkeit« dieser Betten wirklich bestellt ist. Die Klage über die »Grenzen des Leistbaren« stammt aus dem Landkreis Görlitz, bezieht sich auf das Klinikum Oberlausitzer Bergland in Zittau und wird unterstrichen mit der Behauptung, dass die Kapazität von insgesamt 100 Betten auf den eigens eingerichteten Covid-19-Intensivstationen aufgrund von Personalmangel nicht ausgeschöpft werden könne. In »Spitzenzeiten« seien »rund« 85 Betten belegt, von »rund« 600 Intensivpflegekräften des Klinikums seien »zur Zeit« mehr als 100 erkrankt oder in Quarantäne, sagte die Sprecherin des Klinikums gegenüber der *FAZ* (17. Dezember). Abhilfe sollen hier die je drei bis fünf bundesländerübergreifenden Planungseinheiten und die landesinternen Leitstellen schaffen, die die regionale und gegebenenfalls überregionale Verlegung von Intensivpatienten bei lokalen Engpässen organisieren sollen. Das setzt aber die Transportfähigkeit der Patienten voraus, hinreichende Transportkapazitäten und eine möglichst geringe Dichte von Infektions-»Hotspots«. Ob diese Bedingungen im Moment für Sachsen noch gegeben sind, wird bereits in Frage gestellt.

### **Urteil über Leben und Tod**

Am Morgen des 18. März 2020 gingen Fotos und Videos aus Norditalien um die Welt. Sie waren in der Nacht zuvor aufgenommen worden und zeigten Lastwagenkolonnen, die Särge von Coronatoten aus Bergamo zu den Krematorien der Region transportierten, weil das Krematorium in der Stadt überlastet war. Schrecklicher als diese Bilder war das nicht Abbildbare. Man konnte darüber wenige Tage später in einem Interview mit einer Ärztin aus einem norditalienischen Krankenhaus lesen. Der Ressourcenmangel habe das medizinische Personal angesichts einer nicht mehr zu bewältigenden Zahl von Schwerkranken zu »sehr schweren Entscheidungen« gezwungen, Entscheidungen, die nicht aus dem Willen der Beteiligten resultierten, sondern »weil die Situation eben war, wie sie war«: »Es ist vorgekommen, dass ich nur ein einziges Beatmungsgerät frei habe, und dass ich dann wählen

muss zwischen einem jungen Mann von dreißig Jahren ohne Vorerkrankung und einem alten Menschen über achtzig mit vielen Problemen. Dann muss ich mich leider entscheiden, dem Jüngeren zu helfen. Dann muss ich den Älteren im Stich lassen.«<sup>1</sup>

Es folgten Schreckensnachrichten aus dem Elsass: Um die genannte Entscheidung zu vermeiden, würden über 70 Jahre alte Patienten erst gar nicht an ein Beatmungsgerät angeschlossen, wenn zu erwarten sei, dass es in Kürze für einen jüngeren Patienten mit besseren Überlebensaussichten gebraucht würde. Das *ZDF* brachte einen eindrucksvollen Bericht über einen 79jährigen, schwer an Covid-19 Erkrankten, bei dem das im Elsass gelegene Krankenhaus wegen Mangel an verfügbarem Sauerstoff die Beatmung einstellen wollte – das hätte zu seinem Tod geführt. Nur der Beharrlichkeit, mit der seine Tochter eine Verlegung nach Nancy erzwungen hat, verdankt dieser Mann sein Überleben.<sup>2</sup>

Die hier deutlich werdende ärztliche Entscheidung über Leben oder Tod wurde schnell mit einem französischen Namen belegt: Triage. Das klingt weich und weniger bedrohlich als der historisch belastete Begriff der Selektion, läuft aber in der Sache genau darauf hinaus. Das Wort ist eine Nominalisierung des Verbs »trier« für sortieren, auslesen.

Es dauerte nicht lang, bis deutsche Berufsverbände und andere Gremien und Institutionen das Problem aufgriffen und bearbeiteten. Am 25. März veröffentlichten sechs medizinische Fachgesellschaften »klinisch-ethische Empfehlungen« zu »Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und in der Intensivmedizin in der Covid-19-Pandemie«<sup>3</sup>, zwei Tage später folgte die »Ad-hoc-Empfehlung« des Deutschen Ethikrates zu »Solidarität und Verantwortung in der Coronakrise«<sup>4</sup>. Behindertenverbände und die katholische Bischofskonferenz nahmen im April Stellung, am 5. Mai veröffentlichte die Bundesärztekammer eine »Orientierungshilfe (...) zur Allokation medizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie im Falle eines Kapazitätsmangels«.

Im Oktober fanden erneut Beiträge zur Triage den Weg in die Medien, zuerst nur vereinzelt und scheinbar unvermittelt, zum Teil auch verpackt als »Trolley-Problem«<sup>5</sup>, das den kritischen Kern der Triage-Frage in den Blick nimmt, nämlich dass es nur um negative Lösungen geht, das heißt um Entscheidungen, die zumindest für einen der davon Betroffenen einen tödlichen Ausgang nehmen. Große Resonanz blieb aus. Das gilt auch für die von Katja Gelinsky im Auftrag der Konrad-Adenauer-Stiftung verfasste Übersicht über Triage-Empfehlungen in neun europäischen Ländern, obwohl auch sie unmissverständlich deutlich macht, dass es bei der Triage um nicht weniger als um eine »Zuteilung von Überlebenschancen und Sterberisiken« geht. Die kleine Studie moniert mangelnde

Rechtssicherheit, insbesondere ein fehlendes Triage-Gesetzgebungsverfahren, verweist aber auch auf die Ankündigung des Bundesverfassungsgerichts, die Frage staatlicher Schutzpflichten im Blick auf Triage-Entscheidungen zu überprüfen.

In dieselbe Richtung geht die Verfassungsbeschwerde, die die an Muskelatrophie erkrankte Richterin Nancy Poser Mitte November des Jahres beim Bundesverfassungsgericht eingereicht hat. Sie und ihr Anwalt Oliver Tolmein sehen in der Triage-Leitlinie der sechs medizinischen Fachgesellschaften mehrfach Grundrechte verletzt. Bei der dort vorgesehenen grundgesetzwidrigen Abwägung von Leben gegen Leben würden, so Posers Befürchtung, Alte, Gebrechliche und Behinderte »als erste aussortiert« werden.<sup>6</sup> Mit ihrer Klage vor dem Bundesverfassungsgericht will sie eine gesetzliche Regelung des Verfahrens in Mangelsituation erreichen.

Was im Frühjahr in Deutschland vermieden werden konnte, schien eingetreten zu sein, als einen Tag vor Beginn des zweiten »harten« Shutdowns ein Reporter des *Deutschlandfunks* berichtete, der ärztlichen Direktor der bereits oben erwähnten Klinik in Zittau habe zugegeben, dass dort schon mehrere Male »triiert« werden musste. Das Portal *T-online* zitierte eine entsprechende Äußerung des Direktors, die er ihm gegenüber gemacht habe.<sup>7</sup>

Diese Behauptung wurde am nächsten Tag von der Sprecherin des Klinikums und in allgemeiner Weise von der Leitstelle Sachsen dementiert: Kein Krankenhaus in Sachsen habe bisher die Triage anwenden müssen, der Begriff sei dem Direktor auf einem als Videokonferenz organisierten Bürgerforum »ausgerutscht«, die Sprecherin des Klinikums sprach von einem »Missverständnis«.

Wie immer es sich verhalten mag: Konnte man zu Beginn des Jahrtausends noch annehmen, dass der Begriff der Triage kein Bestandteil der Alltagssprache und für die meisten Nichtmediziner unverständlich sei, gelangte er nunmehr auch in die populärsten Nachrichtensendungen. Dies dürfte mehr zu seiner Verbreitung beigetragen haben, als die Wahl auf den 7. Platz der Liste für das Wort des Jahres 2020 durch ein kleines Gremium der Gesellschaft für Deutsche Sprache. Die Definition, mit der die Medien aufwarteten, war allerdings verkürzt und verharmlosend: Es ging meistens um Priorisierung, um die Festlegung der Behandlungsreihenfolge, nur selten wurde hier schon deutlich, dass es um eine Entscheidung auf Leben und Tod geht.

### **Ursprung der Triage**

Die Triage ist ein Produkt der Kriegsmedizin, und da geht es nicht nur um bloße Sichtung und Priorisierung, sondern auch um eine Auslese derer, die behandelt werden (können), und

derer, denen die Behandlung verweigert wird. Es gibt also nicht nur, um es in den gültigen NATO-Sichtungskategorien oder Triage-Situationen zu formulieren, die Stufen 1 bis 3: Sofortbehandlung bei akuter Bedrohung des Lebens, aufschiebbare Behandlungsdringlichkeit bei Schwerverletzten und spätere ambulante Behandlung bei Leichtverletzten, sondern es gibt eben auch die Sichtungskategorie oder Triage-Situation 4 (die makabererweise genauso abgekürzt werden kann wie die »Aktion T 4«, der Massenmord der Nazis an Behinderten): Verletzte, die »ressourcenabhängig« und »derzeit« ohne Überlebenschance sind – so die Formulierungen eines Lehrbuches über »Taktische Medizin«, dessen zweite Auflage 2015 erschienen ist.<sup>8</sup> Die Verfasser fügen hinzu: »Die Sk IV oder T 4 wird nur bei massiv eingeschränkten Ressourcen verwendet. Dies sollte im zivilen Bereich eigentlich nur in einer Katastrophe der Fall sein.« Sollte! Es geht also um »tödliche Entscheidungen« unter extremen Knappheitsbedingungen: Der Behandlungsbedarf übersteigt bei weitem und oft unvorhergesehen die Behandlungsmöglichkeiten.

Die moderne Kriegsmedizin beginnt, ungeachtet ihrer Vorgeschichte, mit den Massen- und Wehrpflichtigenheeren des langen 19. Jahrhunderts. Sie reagiert auf das Problem der »Ressourcenbewirtschaftung«, des Soldatennachschubs, aber auch der gesamtgesellschaftlichen Ressourcenverteilung unter den Bedingungen der »totalen Mobilmachung« (Ludendorff, später der Nazistaat) und auf das Problem der Legitimation, das der Umgang mit Verwundeten unter diesen Bedingungen aufwirft. Dabei kann man beobachten, dass die Staaten mit den größten Möglichkeiten, die medizinische Versorgung verwundeter Soldaten vorzuhalten, auch die sind, die das größte Vernichtungspotential besitzen. Treffen derart annähernd gleich entwickelte Gegner aufeinander wie in den beiden Weltkriegen des 20. Jahrhunderts, relativieren sich die militärmedizinischen Möglichkeiten, so imposant sie für sich genommen erscheinen mögen. Die meisten Verwundeten bleiben auf den Schlachtfeldern und erreichen noch nicht einmal die Sammelstellen für Verletzte oder die Frontlazarette, geschweige denn die Lazarette in der Etappe oder im Heimatland. Selbst wenn 80 Prozent der Ärzte in den Militärdienst gestellt werden, wie es in Deutschland während des Ersten Weltkriegs der Fall gewesen sein soll, steht die Kriegsmedizin im Schatten des Destruktionspotentials der »Ausblutungsschlachten«.

Jeder medizinethische Humanitätsanspruch zerbricht an der Herabsetzung von Menschen zu »Kanonenfutter«. Die Kriegsmedizin unterliegt also nicht nur den Restriktionen durch die »Logik« des Schlachtfeldes: den hygienischen Bedingungen der Verbandsplätze auf dem Gefechtsfeld und der frontnahen Lazarette, den langen Transportwegen zu den Lazaretten in der Etappe – oft brauchte man für einen Kilometer eine Stunde, eine englische Untersuchung

kommt zu dem Ergebnis, dass es an der Westfront acht bis zwölf Stunden dauerte, bis ein Verwundeter in der Evakuierungsstelle eintraf. Ihr Problem besteht auch nicht allein in der bloßen Anpassung an diese Bedingungen.

### **Utilitaristisches Prinzip**

Der Primat des Krieges über die Medizin beginnt nicht erst auf dem Schlachtfeld. Er beginnt weit vorher, mit der Entscheidung der Staaten, die Pflicht der Erhaltung der Menschenleben zu verkehren in das Recht, Menschen für Staatszwecke aufzuopfern, und er beginnt mit den Imperativen der Kriegsökonomie, die die Kriegsmedizin anderen Prinzipien unterstellt als die zivile Medizin. Im Vordergrund steht jetzt nicht mehr die Versorgung des einzelnen, die individualmedizinische Betreuung, die zumindest ideologisch geltend gemachte »Eigenrationalität des Medizinsystems« (Volker H. Schmidt), sondern das utilitaristische Prinzip der bestmöglichen Versorgung für viele und dies unter dem Vorbehalt, dass damit die Erreichung der militärischen Ziele nicht gefährdet wird. Da dieses Prinzip die Rettung der einen mit der Opferung der anderen verknüpft, also Menschenleben gegen Menschenleben aufrechnet, führt das Konzept Kriegsmedizin selbst zu einer utilitaristischen »Einebnung des Tötungsverbot« (Weyma Lübbe). Die Kriegsmedizin ist untergeordneter Teil der militärischen »Gesamtstrategie« – oder wie es die Autoren des erwähnten militärmedizinischen Handbuchs mit Frank Butler formulieren: »Gute medizinische Versorgung kann eine schlechte taktische Entscheidung sein.« Einen Wahlverwandten haben die Autoren dabei in Theodor Billroth, einem wilhelminischen Chirurgen, der schon im 19. Jahrhundert die Ansicht vertrat, die Zurückstellung der Kriegsstrategie hinter das Wohlergehen der Soldaten sei schlicht »eine wahnsinnige Verdrehung des Humanitätsprinzips«!

Das führt zu Indikationen, die nicht medizinisch begründet sind. Komplexe Operationen wie etwa bei Bauchverletzungen, die unter »normalen« Bedingungen zwei Stunden in Anspruch nahmen, werden zugunsten einfacherer Eingriffe nicht mehr vorgenommen, die derart Verletzten werden dem Sterben überlassen. An die Stelle relativ zeitaufwendiger Operationen tritt die grausige Routine des Schneidens, Sägens, Verbindens und Wegbringens, eine Routine, die die Betroffenen über sich ergehen lassen mussten, da auch die Rettung von Gliedmaßen nicht mehr in Erwägung gezogen wurde. Wie die Ärzte unterstanden auch die verwundeten Soldaten dem Kriegsrecht. Patientenrechte waren außer Kraft gesetzt, Einsprüche gegen eine verordnete Behandlung nicht vorgesehen.

Die Autoren von »Taktische Medizin« behaupten, seit 150 Jahren werde nicht mehr erwogen, die Kampffähigkeit der Truppe durch die bevorzugte Behandlung von Leichtverletzten zu

erhalten, also durch die Umkehrung der Priorisierungsstufen. Jedoch ist beispielsweise während des Nordafrika-Feldzugs der US-Armee im Zweiten Weltkrieg der Fall eingetreten, dass der Kommandeur das knappe Penicillin solchen Soldaten verabreichen ließ, deren Kampfkraft schnell wiederhergestellt werden konnte, etwa bei Geschlechtskranken, während schwerer Verwundete auf der Priorisierungsliste nach hinten geschoben wurden. Die Triage erfolgt hier also nicht nach Beeinträchtigungsgraden, sondern reagiert auf Probleme der Nachschubbeschaffung.

Die Imperative der Kriegsökonomie haben nicht nur tödliche Folgen für die unmittelbar Betroffenen oder für die unmittelbaren zivilen Opfern von Kriegshandlungen. Zu den Opfern des Krieges zählen auch die Hungertoten aus den Steckrübenwintern, vor allem aber diejenigen (kaum wahrgenommenen) Opfer, die sterben, weil zivilen Bereichen der Medizin Ressourcen entzogen wurden. So wurden zwischen 1914 und 1918 unter anderem durch Kürzung der Verpflegungssätze, also durch Unterernährung, einer Untersuchung Heinz Faulstichs zufolge 70.000 Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalten des Deutschen Reiches zu Tode gebracht.

Die militärische Umstrukturierung der Medizin in den beiden Weltkriegen hatte für die jeweilige zivile Nachkriegsmedizin erhebliche Folgen. Sowohl im Kaiserreich als auch im Nazistaat wurde der kriegsmedizinische Utilitarismus überhöht und geriet zu einer sozialdarwinistischen Anrufung des »Volkes« bzw. des »Volkskörpers«, der den Vorrang habe vor dem Individualwohl. Feierten militante Schriftsteller, adlige Snobs und durchgeknallte Ideologen den Krieg zunächst als »Stahlbad«, als »Katharsis« des Volkskörpers, änderte sich im Verlauf des Ersten Weltkriegs diese Wahrnehmung – ohne dass jedoch das sozialdarwinistische Dispositiv verlassen worden wäre. Wenn der Krieg nunmehr zu einer negativen Auslese führt, weil die Besten fallen und die »Drückeberger« überleben, sei es Aufgabe der Medizin der Nachkriegszeit, korrigierend einzugreifen. Dass sich die Kinderheilkunde nach 1918 der »Wiederaufforstung« des deutschen Volkes verpflichtet fühlte, mag zu den eher kuriosen Folgen dieser ideologischen Aufrüstung zählen. Entscheidend ist, dass das, woran man sich an den Fronten, in der Etappe und in den Psychiatrien gewöhnt hat und was ohne große Worte und Aufhebens praktiziert wurde, die tödliche Selektion im Interesse der Kriegführung, nunmehr offen propagiert und als Kompensation der Kontraauslese des Krieges und Wiederherstellung der »Volksgesundheit« legitimiert wurde.

Die expressionistische Metaphorisierung der Toten als »Menschenhülsen« auf dem Schlachtfeld wurde zur affirmativen Denunziation im 1920 publizierten Plädoyer des

Strafrechtlers Karl Binding und des Arztes und Psychiaters Alfred Hoche für »Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens«. Im »Interesse der Wohlfahrt des Ganzen« seien »unheilbar Blödsinnige« als »Ballastexistenzen« zu vernichten. Zwar scheiterten in der Weimarer Republik Initiativen, solche Vernichtungsphantasien in Gesetzesform zu gießen, aber es ist bekannt, was folgte. Binding und Hoche verteidigten ihren Versuch der Umsteuerung der medizinischen Prinzipien durch Diffamierung ihrer Kritiker, denen sie einen Mangel an heroischer Gesinnung vorwarfen. Sich selbst sahen sie als Vertreter eines »höheren sittlichen Gesichtspunkts«. Das griffen die Nazis auf, die ihre tödliche Medizin der »Aufartung« mit einer angeblich »neuen ärztlichen Ethik« zu rechtfertigen suchten. Solche Praktiken hörten nach 1945 nicht schlagartig auf. Bis in die 50er Jahre kam es in psychiatrischen Anstalten zum Hungersterben, weil die Insassen in besonderem Maße den Mangelsituationen der Nachkriegszeit ausgesetzt waren (Hunger, Kälte, Infektionen) und auch keine Kompensationsmöglichkeiten hatten. Der kritische Begriff der »Verwahrpsychiatrie« ist angesichts tatsächlicher Verwahrlosung der Patienten eine Untertreibung.

#### **Anmerkungen**

1 Zitiert nach *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung* vom 22.3.2020

2 Siehe *ZDF-»Heute-Journal«* vom 17.12.2020

3 Siehe <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19-dokumente/covid-19-ethik-empfehlung>

4 Siehe <https://www.ethikrat.org/mitteilungen/2020/solidaritaet-und-verantwortung-in-der-corona-krise/>

5 Das vom englischen Wort für Straßenbahn (Trolley) abgeleitete Problem besteht darin: Ein Zug oder eine Straßenbahn rast auf eine Gruppe von fünf Bahnarbeitern zu, die ihn nicht bemerken. Auf einem anderen Gleis arbeitet eine einzige Person. Ein unbeteiligter Dritter könnte eine Weiche umstellen, so dass die fünf Menschen gerettet würden, die andere Person aber getötet würde. Was tun?

6 Vgl. *SWR*, 17.11.2020

7 Vgl. [t-online.de](https://www.t-online.de), 16.12.2020

8 Christian Neitzel und Karsten Ladehof (Hrsg.): *Taktische Medizin. Notfallmedizin und Einsatzmedizin*. 2. Auflage, Springer-Verlag, Berlin 2015

Aus: [Ausgabe vom 06.01.2021](#), Seite 12 / Thema

Triage