

## 10 Ethische Fragen<sup>i</sup>

Der folgende Text soll zur Klärung der ethischen Probleme beitragen, die mit Fragen der Verteilung knapper Mittel zur Prävention und Behandlung der pandemischen Influenza verbunden sind. Die Prinzipien für eine allfällig notwendig werdende Rationierung sollen identifiziert und begründet werden. Um diese Prinzipien, an denen sich die Verfahren der Zuteilung orientieren können, zu diskutieren, sind nicht nur prozedurale, den Entscheidungsprozess betreffende, sondern substantielle, den Inhalt betreffende Überlegungen notwendig. Sie orientieren sich am Ziel der Erhaltung von Leben bzw. der Minimierung der Zahl der Opfer: Es sollen möglichst wenige Menschen an der Grippe sterben müssen.

Unterschieden wird zwischen der *Prävention* (vor allem durch Impfung und durch andere Massnahmen wie Quarantäne) und der *Behandlung* (durch antivirale Medikamente, intensivmedizinische Behandlung und Pflege etc.). Nach der Nomenklatur der WHO entwickelt sich eine Pandemie in aufeinander folgenden Phasen, in denen sich unterschiedliche ethische Fragen stellen. Bereits in den ersten Phasen der Ausbreitung der Krankheit sind gleichzeitig Massnahmen zur Prävention (für die noch Gesunden) und zur Behandlung (der bereits Erkrankten) nötig. Hier sollen grundsätzliche Überlegungen formuliert werden, die für die Planung der Pandemie-Vorsorge relevant sind. Die Handhabung des Einzelfalles muss der Praktikerin oder dem Praktiker vor Ort (z.B. der Notfallmedizin eines Spitals) überlassen bleiben. Diese sind verpflichtet, sich bei ihren Entscheidungen an die grundlegenden medizinisch-ethischen Prinzipien und an die allgemeinen ethischen Standards zu halten.

### 1 Schutz des Lebens

1. Influenza, und insbesondere die pandemische Influenza ist eine potenziell tödlich verlaufende Krankheit, die grosse Teile der Bevölkerung erfassen kann. Die Mittel zu ihrer Therapie und Prävention sind deshalb für alle, die tatsächlich oder möglicherweise betroffen sind, lebenswichtig. Das Leben der Menschen ist das höchste zu schützende Gut, weil alle anderen Güter von ihm abhängen. Der Schutz des Lebens hat daher oberste Priorität, und es müssen entsprechende Vorkehrungen getroffen werden, um diesen Schutz in der Praxis auch gewährleisten zu können.
2. Tritt in der Versorgung mit Mitteln zur Therapie und Prävention der pandemischen Influenza ein Engpass auf, muss alles darangesetzt werden, mehr Mittel verfügbar zu machen. Wenn nötig, müssen Mittel aus anderen Bereichen, die für das Leben weniger wichtig sind, umgelagert werden.

Die Re-Allokation von Mitteln zur Vermeidung von Engpässen betrifft die Ebenen der staatlichen Tätigkeit, der Aufgaben der Verwaltung und der Behörden wie auch der Institutionen des Gesundheitswesens. Die Kriterien der Triage und die Planung der Behandlung bestehen nicht in der Zuteilung an einzelne Institutionen und Spitäler, sondern müssen sich auf das regionale Niveau beziehen. Auf Spitalebene wird empfohlen, zur Vorsorge eine systematische Reorganisationsplanung durchzuführen, um im Bedarfsfall weniger dringliche Behandlungen zurückstellen und auf diese Weise die Kapazitäten erweitern zu können.

### 2 Ethische Werte

Der Schutz des Lebens und die Solidarität sind der Kern der ethischen Werte, die bei einer Pandemie auf dem Spiel stehen. Der Schutz des Lebens ist das Ziel der Vorsorgeplanung wie auch der Massnahmen im Pandemiefall. Solidarität bedeutet Zusammenhalt, Verbundenheit, Unterstützung der Hilfsbedürftigen und gemeinsame Anstrengungen, um die Bedrohung abzuwenden.

Daneben ist eine Reihe weiterer Werte von Bedeutung:

- individuelle Freiheit: Die Einschränkung der Freiheit ist nur dann gerechtfertigt, wenn andere, die Freiheit nicht beeinträchtigende Massnahmen nicht zu denselben Ergebnissen führen können.

---

<sup>i</sup> Das Kapitel wurde von der Nationalen Ethik Kommission (NEK) ausgearbeitet.

- Verhältnismässigkeit: Das Gewicht der Massnahmen muss in einem direkten Bezug zum Risiko für die öffentliche Gesundheit und zum erhofften Nutzen stehen.
- Privatsphäre: Persönliche Angelegenheiten dürfen nur dann öffentlich gemacht werden, wenn es für die allgemeine Gesundheit notwendig ist. Dabei muss jede Stigmatisierung vermieden werden.
- Gerechtigkeit: Die Mittel für Prävention und Behandlung müssen fair verteilt werden. Das bedeutet unter anderem, dass sich gesellschaftliche Privilegien oder Benachteiligungen nicht auf die Zuteilung auswirken dürfen.
- Vertrauen: Es beinhaltet das Zutrauen des guten Willens und der Kompetenz von Verantwortungsträgern. Vertrauen ist nicht «blind», sondern ergibt sich aus dem ethischen Charakter und der Transparenz der Entscheidungen.

### 3 Solidarität in der Gemeinschaft

1. Im Fall einer lebensbedrohlichen Krise besteht die Gefahr einer Entsolidarisierung aufgrund von Angst und Traumatisierung oder infolge des Selbsterhaltungstriebes. Im Krisenfall müssen die Behörden darauf hinwirken, dass die Solidarität der Einzelnen und der Gruppen aufrechterhalten bleibt, denn es ist die Aufgabe des Staates, das Leben aller Mitglieder zu schützen.
2. Die Voraussetzungen dafür, dass die Einzelnen über den Kreis ihrer Nächsten hinaus solidarisch handeln können, werden durch eine offene, ehrliche und zweckmässige Kommunikation geschaffen. Dazu gehört, dass die Knappheit wichtiger Güter wie Medikamente oder Impfstoffe, mangelhafte oder fehlende Erfahrung hinsichtlich möglicher Nebenwirkungen und Spätfolgen sowie die Grenzen der Möglichkeiten behördlicher Massnahmen offengelegt werden. Sämtliche Informationen müssen von dem Grundsatz ausgehen, dass die Gesellschaftsmitglieder solidarisch handeln möchten, sofern sie das können, und nicht von der gegenteiligen Annahme einer *a priori* fehlenden Solidarität.
3. Das Informieren muss immer mit dem Ziel geplant werden, ein Klima des Vertrauens und der Solidarität zu schaffen. Das setzt voraus, dass die getroffenen Entscheidungen transparent und konsensfähig sind. Die Sorge, eine bestimmte Information könnte die Bevölkerung beunruhigen oder alarmieren, stellt keinen ausreichenden Grund für das Unterlassen der Bekanntgabe dar.
4. Andererseits sind Vorkehrungen zur Sicherstellung einer geregelten Verteilung notwendig. Denn es muss damit gerechnet werden, dass sich in einer lebensbedrohlichen Krise nicht alle Gesellschaftsmitglieder freiwillig an Beschränkungen halten werden.

### 4 Annäherung an eine gerechte Verteilung

1. Das Prinzip der Gerechtigkeit als Unparteilichkeit lautet: Wenn es um das Leben und die Gesundheit geht, gilt jeder Mensch gleich viel.  
Das Leben jeder Person, ob jung oder alt, reich oder arm, Mann oder Frau, angesehen oder marginalisiert, unabhängig von ihrer Religion, ihrer politischen Einstellung, ihren Verdiensten usw., hat die gleiche Würde, den gleichen Wert und deshalb den gleichen Anspruch auf Behandlung im Krankheitsfall. Eine privilegierte Behandlung gewisser Kranker zulasten anderer Kranker aufgrund von Zahlungsfähigkeit, Ansehen, gesellschaftlicher Stellung etc. ist abzulehnen.
2. Wenn die Ressourcen fehlen, um alle Kranken so zu behandeln, wie es erforderlich wäre, ist eine wirklich «gerechte» Entscheidung nicht möglich, denn gerecht würde bedeuten, alle nach ihren Bedürfnissen zu behandeln. Es muss daher nach der Lösung gesucht werden, die am wenigsten ungerecht ist. Entscheidungen orientieren sich an folgenden Zielen:
  - die Eindämmung der Infektion (möglichst wenige Menschen sind betroffen) und
  - die Rettung möglichst vieler lebensbedrohlich erkrankter Menschen.
3. Die an Influenza Erkrankten und die anderen Patienten, die intensive Pflege benötigen, sollen auf die gleiche Stufe gestellt und nach den gleichen Kriterien beurteilt werden. Influenza-Patienten sollen anderen akut pflegebedürftigen Kranken in der Behandlung nicht vorgezogen, aber auch nicht schlechter als diese behandelt werden.

## 5 Verteilungsprinzipien knapper Güter für Prävention und Behandlung

1. Bei der Allokation geht es nicht um eine Beurteilung des Lebenswerts von Menschen. Es geht vielmehr um eine Zuteilung in dem Wissen, dass es nicht möglich ist, alle gleich zu behandeln. Die Regeln und die Praxis der Allokation dürfen die Gleichwertigkeit aller Menschen nicht in Frage stellen. Die Ausgangsposition muss deshalb sein, dass alle die gleichen Zugangschancen erhalten. Ungleichheiten sind nur dann gerechtfertigt, wenn sie zu einer wirkungsvolleren Eindämmung der Infektion oder zur Rettung relativ vieler Menschenleben führen. Die Effizienz der Prävention ist ein ethisches Gut, weil es darum geht, möglichst viele Leben zu erhalten.
2. Wenn es zu wenig für alle gibt, sollen zunächst diejenigen ausgeschlossen werden, die nicht bedürftig sind, d.h. diejenigen, die durch den Ausschluss keinen Nachteil erleiden (Beispiele: kein Sammeln von Impfstoff oder Medikamenten, keine Tamiflu-Behandlung bei Erkältung). Gleichzeitig sollen alle möglichen Ressourcen mobilisiert werden, um das Angebot zu vergrössern.
3. Das Rationieren muss Kriterien folgen, die einen vernünftigen Charakter der getroffenen Entscheidungen garantieren. Die Entscheidungskriterien sollen in Bezug auf die Angemessenheit der Schritte überprüfbar sein. Die zentralen Elemente sind:
  - Transparenz der ergriffenen Massnahmen: Sie müssen erklärt und begründet werden.
  - Nutzen für die Gesundheit: Die Massnahmen müssen auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen.
  - Durchführbarkeit: Mit den Massnahmen muss die grösstmögliche Zahl von Personen erreicht werden.
  - Anpassungsfähigkeit: Es muss möglich sein, einmal getroffene Entscheidungen aufgrund neuer Erfahrungen und Erkenntnisse zu revidieren und anzupassen.

### 5.1 Prinzipien der Allokation knapper Präventionsmittel

Allokationsprinzipien für die Impfung und für andere Massnahmen zur Influenza-Vorsorge folgen dem Ziel, dass möglichst wenige Menschen an dieser Pandemie erkranken. Die Frage der Allokation stellt sich unterschiedlich, je nachdem, wie viel Impfstoff vorhanden ist. Wenn genügend Impfstoff vorhanden ist, muss festgelegt werden, wer im zeitlichen Ablauf zuerst geimpft wird. Wenn es nicht genügend Impfstoff gibt, müssen Kriterien bestimmt werden, nach denen die knappen Impfstoffe zugeteilt werden.

Es sollen folgende ethischen Kriterien gelten:

1. Zuerst werden diejenigen mit prophylaktischen Massnahmen behandelt, die häufig Kontakt mit Menschen und damit einerseits ein erhöhtes Risiko haben, selbst angesteckt zu werden, und andererseits die Krankheit besonders stark weiterverbreiten würden, wenn sie infiziert wären. Dieses Prinzip führt zu einem grösstmöglichen Präventionseffekt mit relativ kleinen Impfstoffmengen. Welche Gruppen das jeweils sind, kann im Voraus nicht festgelegt werden. Es hängt auch davon ab, wie viel Impfstoff vorhanden ist, d.h. wie klein oder gross der Anteil der Bevölkerung ist, der geimpft werden kann, und davon, wann wie viel Nachschub zu erwarten ist. Aufgrund der Erfahrung mit der «konventionellen» Grippe gehören dazu beispielsweise Schulkinder, aber auch alle im Gesundheitsbereich Tätigen, die direkt mit Patienten in Kontakt kommen. Personen mit bestimmten Schlüsselfunktionen, die zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung und geordneter Vorsorgestrukturen notwendig sind (Teile der Polizei) sollen ebenfalls der ersten Kategorie zugeordnet werden. Zum Teil sind diese Personen sogar zur Prophylaxe verpflichtet.
2. An zweiter Stelle kommen diejenigen, welche am ehesten an der Grippe sterben könnten, d. h. die wahrscheinlich am stärksten gefährdet wären, wenn sie angesteckt würden. Das sind die Risikogruppen (z.B. Chronischkranke).
3. An dritter Stelle stehen diejenigen, die zur Aufrechterhaltung des «Service Public» unverzichtbar sind. Innerhalb des Service Public ist zu unterscheiden zwischen Personen mit Aufgaben, zu deren Ausführung eine Spezialisierung notwendig ist, und solchen, deren Aufgaben notfalls von anderen Personen erledigt werden können (zum Beispiel Müllabfuhr).

4. An vierter Stelle kommt die übrige Bevölkerung.

Die definitive Zuordnung von Personengruppen sollte unter Berücksichtigung der konkreten Verhältnisse, der epidemiologischen Dynamik und der verfügbaren und erwartbaren Impfstoffmengen von einer dafür vorgesehenen und kompetenten Instanz vorgenommen werden.

#### *Vorbeugung durch antivirale Arzneimittel*

Es ist unwahrscheinlich, dass ab dem Moment der ersten Pandemiefälle in der Schweiz ein Impfstoff in ausreichender Quantität verfügbar sein wird. Es könnte sich also als notwendig erweisen, die antiviralen Arzneimittel teilweise als Vorbeugungsmittel zu benutzen. In diesem Fall müssten die Arzneimittel den Personen gegeben werden, die infizierte Patienten pflegen oder in Kontakt mit infizierten Patienten stehen.

Wenn der Arzneimittelbestand es erlaubt, könnte die prophylaktische Behandlung auch Personen zugänglich gemacht werden, die dem Virus nicht direkt ausgesetzt sind, sofern dies den allgemeinen Schutz der Bevölkerung nicht beeinträchtigt (z.B. durch Resistenzbildung). Die Allokation soll nach den oben genannten Grundsätzen erfolgen.

Bei der Aufteilung des Bestandes an antiviralen Medikamenten in die Kontingente für Prävention und für Behandlung soll die epidemiologische Lage massgeblich sein.

## **5.2 Prinzipien der Allokation knapper Heilmittel**

Allokationsprinzipien für Medikamente, Behandlungsplätze, Respiratoren, Betten und andere Mittel zur Behandlung von Influenza beruhen auf dem Ziel der Rettung möglichst vieler an Influenza Erkrankter. Während der Prophylaxe folgen Allokationsprinzipien einer anderen Logik als im Behandlungsfall, wenn sich die Krankheit ausbreitet und immer mehr Menschen einer Behandlung bedürfen.

Die Knappheit der Behandlungsmöglichkeiten entsteht allmählich, weil sich die Pandemie stufenweise entwickelt. Zu Beginn werden alle möglichen Massnahmen ergriffen, die zunächst zu einer Ausweitung der Behandlungskapazität führen, wie z.B. eine Reorganisation der Spitäler oder die Mobilisierung von weiteren Hilfskräften, provisorischen Pflegeplätzen und Medikamentenreserven.

1. In einer ersten *Phase* wird man alle Bedürftigen behandeln. Diese Phase dauert so lange, bis die Zahl der Behandlungsbedürftigen auch die erweiterten Behandlungsmöglichkeiten übersteigt. In dieser Phase werden diejenigen zuerst behandelt, die zuerst kommen oder wegen irgendeiner Erkrankung bereits in Behandlung sind.
2. Die *zweite Phase* beginnt, wenn infolge erschöpfter Behandlungskapazität nicht mehr alle Menschen behandelt werden können und ein Teil von ihnen abgewiesen werden muss. Die knappen Behandlungsmöglichkeiten sind in dieser Phase denjenigen vorbehalten, deren Zustand am bedrohlichsten ist.
3. Schliesslich folgt die *dritte Phase*, die in der Kriegs- und Katastrophenmedizin der Triage entspricht. In dieser Phase sind die knappen Ressourcen von Anfang an bereits für diejenigen reserviert, die lebensbedrohlich krank sind. Wenn nicht mehr alle, die lebensbedrohlich krank sind, behandelt werden können, wird man diejenigen von ihnen prioritär behandeln, die durch die Behandlung vermutlich die grösste Überlebenschance haben. Umgekehrt wird die Behandlung in dieser Phase möglichst nur denjenigen vorenthalten, denen sie kaum noch helfen kann. Menschen mit infauster Prognose werden in dieser Phase nur palliativ behandelt; es wird bei ihnen zum Beispiel keine Intensivbehandlung begonnen.

Bei der Behandlung soll Personen, die aus «politischen» Gründen für die Gesellschaft besonders wichtig sind, nicht bevorzugt werden.

Wenn die Behandlungsmöglichkeiten zu einem bestimmten Zeitpunkt (noch) nicht quantitativ begrenzt sind (wie z.B. Beatmungsapparate oder Krankenbetten), sondern wenn sie in Form von Lagerbeständen vorliegen (wie z.B. die Arzneimittel), so kann bei einer vorausschauenden Bewirtschaftung der Lager eine vorgezogene Rationierungspraxis sinnvoll sein, bevor die verfügbaren Mittel ausgehen.

## 6 Weitere Überlegungen

1. Eine Priorisierung von Prophylaxe und Behandlungsmassnahmen ausschliesslich nach Berufen oder groben Personalkategorien, ohne genauere Berücksichtigung der in 4.1 und 4.2 formulierten Allokationsprinzipien für Prävention und Therapie, wäre zu ungenau, letztlich zufällig und unsystematisch. Sie würde zu einer suboptimalen, in den oberen Stufen vermutlich zu breiten Allokation führen und wäre nachteilig für diejenigen, die sich in den unteren Prioritätsstufen befänden.
2. Die Auslegung und Umsetzung der Allokationsprinzipien muss je nach Phase der Pandemie spezifiziert und den konkreten Umständen angepasst werden. Dafür sollten bestimmte Instanzen vorgesehen werden, die über die nötigen Fachkenntnisse, Zuständigkeiten und Kapazitäten verfügen.
3. Die Angehörigen der Gesundheitsberufe (insbesondere Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal und Mitarbeitende, welche die technische und logistische Funktionsfähigkeit der Gesundheitsfürsorge garantieren), die Kontakt mit Influenza-Kranken haben, haben die in ihrem Berufsethos begründete Pflicht, ihre Arbeit auch während der Pandemie fortzusetzen. Daher haben sie auch ein prioritäres Recht, sich impfen zu lassen. Die Gesellschaft ihrerseits hat die Pflicht, diesen Personen einen optimalen Gesundheitsschutz und vertretbare Lebensbedingungen (einschl. der finanziellen Mittel) zu gewährleisten, und übernimmt Verantwortung für die Folgen, die sich aus der Erfüllung dieser Pflicht ergeben könnten (Krankheit, Invalidität oder Tod).
4. Die Pflicht, sich im Fall einer Pandemie an der Behandlung zu beteiligen, sowie die ethischen Dilemmata, die daraus entstehen können, müssen Gegenstand der Diskussion in den Standesgesellschaften und Berufsverbänden sein. Ziel dieser Diskussionen soll es sein, die Modalitäten der Erfüllung dieser Berufspflicht in einem solchen Fall vorausschauend zu klären. Ebenso muss die moralische Pflicht des behandelnden und pflegenden Personals, sich im Pandemiefall impfen zu lassen, diskutiert werden.
5. In Anbetracht der entscheidenden Bedeutung der Motivation des Behandlungs- und Pflegepersonals in einer Krisenperiode kann es kontraproduktiv sein, aus der moralischen Pflicht zur Mitwirkung an der Behandlung und zur Impfung eine rechtliche Verpflichtung abzuleiten. Eine Person, die es ablehnt, sich impfen zu lassen, dürfte jedoch nicht in direkten Kontakt mit den von Influenza betroffenen Patienten treten.
6. Massnahmen zur Einschränkung der Freiheit (z.B. die Quarantäne), sind legitim, wenn sie sich als nützlich erweisen, angemessen und notwendig sind. Ihre Einführung muss von einer Erklärung begleitet sein, inwiefern die Massnahmen angemessen und notwendig sind, was der erwartete Nutzen ist und welche Folgen bei einer Nichtbeachtung eintreten. Die Lebensbedingungen (Nahrung, medizinische Betreuung usw.) der Personen, die von diesen Massnahmen betroffen sind, müssen garantiert werden.
7. Kranke oder vermutlich kranke Personen sind vor Stigmatisierung zu schützen und haben Anspruch auf Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht.