

Katrin Grüber, IMEW, August 2020

Übersetzung des Beitrags "Decision making in the context of the corona pandemic and the disability perspective" (2020), EACME Newsletter, S. 7-10

Entscheidungsfindung im Rahmen der Corona Pandemie und die Perspektive Behinderung

Im März 2020 schockierten Bilder von überfüllten Krankenhäusern und Intensivstationen, insbesondere aus der Lombardei in Norditalien, viele Menschen. Darüber hinaus gab es Anzeichen dafür, dass in Italien, aber auch im Elsass, Menschen, die mit COVID19 infiziert sind, ab einem bestimmten Alter keine intensivmedizinische Behandlung oder künstliche Beatmung mehr erhalten würden. Die Ressourcenknappheit und die Zuteilungsprobleme erschienen nicht mehr abstrakt, sondern sehr konkret.

Die italienische Ärztekammer SIAARTI stellte schon recht früh fest: Es könnte notwendig werden, eine Altersgrenze für die Aufnahme auf Intensivstationen zu bestimmen. Dabei geht es darum, primär Ressourcen zu sparen für Patienten_innen, die erstens die höchsten Überlebenschancen haben und zweitens bei denen die meisten Lebensjahre gerettet werden können. Dies verfolgt das Ziel den Nutzen für eine möglichst große Anzahl an Patient_innen zu maximieren. Im Falle einer kompletten Überlastung des Systems würde auch nach dem Konzept „First come, First served“ die intensivmedizinische Versorgung eines Teils der Patient_innen nicht gewährleistet werden.¹ In der Folge veröffentlichten medizinische Fachgesellschaften in verschiedenen europäischen Ländern entsprechende Empfehlungen.

Der folgende Artikel beleuchtet die Situation in Deutschland und konzentriert sich dabei auf die öffentliche Diskussion über die Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), anderer medizinischer Fachgesellschaften und der Akademie Ethik in der Medizin zur Ressourcenallokation bei der Corona-Pandemie². Dieser Diskurs wurde von Aktivist_innen der Behindertenbewegung und Mitgliedern von Behindertenorganisationen geprägt.

Patientenzentrierte Entscheidungsfindung

Behandlungsmaßnahmen sind unter den folgenden zwei Bedingungen zulässig: 1. Nach Einschätzung der behandelnden Ärzt_innen liegt eine medizinische Indikation für den Beginn oder die Fortsetzung einer Behandlung vor und 2. die Durchführung entspricht dem Patientenwillen.³ Eine medizinische Behandlung ist indiziert, wenn sie die Überlebenschancen der Patient_innen erhöht, möglicherweise ihren Zustand verbessert, eine Verschlechterung vermeidet oder verzögert. Bei besonders invasiven Maßnahmen werden andere Aspekte wie Nebenwirkungen, mögliche Komplikationen oder eine zu erwartende Belastung für die Patient_innen berücksichtigt. Es ist nicht einfach, eine klare Indikation zu stellen, besonders unter diesen Umständen. Empfehlungen und Richtlinien von Berufsverbänden sollten Ärzte bei ihrer Entscheidung unterstützen. Die folgenden Parameter spielen bei der Entscheidung über die Aufnahme von COVID-19-Patient_innen auf der Intensivstation eine Rolle: u.a. Hypoxämie, Atemfrequenz, Blutdruck, erhöhte Laktatwerte.⁴

Die gestellte medizinische Indikation ist eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung. Patient_innen entscheiden, ob eine indizierte Therapie in ihrem spezifischen Fall angewendet werden soll.

Diskussionen über Priorisierung und Rationierung im Gesundheitssystem

Während der oben beschriebene Entscheidungsprozess patientenzentriert ist, wird seit vielen Jahren diskutiert, ob und wenn ja, in welchen Situationen auch übergeordnete Aspekte wie Ressourcenknappheit berücksichtigt werden dürfen bzw. müssen.⁵ Im Gegensatz zu anderen Ländern spielen in Deutschland Diskussionen über Priorisierung oder Rationierung im Gesundheitswesen keine wesentliche Rolle.⁶ Zudem wird der Begriff Triage im deutschsprachigen Raum bisher eher zurückhaltend verwendet.⁷ Er stammt aus der Militär- oder Katastrophenmedizin und ist nach dem Duden die „Einstufung der Verletzten (in einer Katastrophe) nach der Schwere der Verletzungen“⁸. Im Zuge der Corona-Pandemie wird er in zahlreichen Beiträgen, Stellungnahmen und Artikeln selbstverständlich verwendet. Niemand fragt, ob die Entscheidungssituation in Krankenhäusern in einer Situation der Ressourcenknappheit, mit der von Katastrophen vergleichbar ist.

Maßnahmen zur Vermeidung von Ressourcenknappheit in Zeiten der Corona-Pandemie

Tatsächlich wurde und wird in den Kliniken viel getan, um Situationen zu vermeiden, in denen Patient_innen abgewiesen werden, trotz medizinischer Notwendigkeit keine Intensivpflege erhalten oder nicht an ein Beatmungsgerät angeschlossen werden. Die Zahl der Intensivbetten und Beatmungsgeräte wurde in großem Umfang erhöht und nicht lebensnotwendige Operationen wurden verschoben. Darüber hinaus wurde ein zentrales Register über die Kapazität von Intensivbetten in Akutkrankenhäusern eingerichtet.

Die klinisch-ethischen Empfehlungen von DIVI und anderen

Parallel entwickelten die DIVI, andere medizinische Fachgesellschaften und die Akademie für Ethik in der Medizin klinisch-ethische Empfehlungen und stellen sie zur Diskussion⁹. Sie beschreiben verschiedene Situationen der Ressourcenknappheit, in denen es zwingend notwendig ist, die „sonst notwendigen patientenzentrierten Behandlungsentscheidungen“ zu begrenzen. In der extremsten Situation gibt es „keine intensivmedizinischen Ressourcen, keine Ressourcen in der Notaufnahme, keine erreichbaren weiteren Ressourcen“. Die „enorme emotionale und moralische Herausforderung für das Behandlungsteam“ wird anerkannt, die Entscheidungssituation zu „begrenzt verfügbaren Ressourcen“ wird mit der von „Triage in der Katastrophenmedizin“ verglichen¹⁰.

Die Empfehlungen zielen darauf ab, zur „bestmöglichen“ Nutzung der verfügbaren medizinischen Ressourcen beizutragen. Daher ist die „erreichbare“ Prognose für Patient_innen der Maßstab für die Zuteilung. In die Gesamtbeurteilung sollten verschiedene Faktoren einbezogen werden, wie der Schweregrad der Erkrankung, der allgemeine Gesundheitszustand, Komorbiditäten, die die Diagnose verschlechtern können (z.B. fortgeschrittener Krebs oder Immunschwäche)¹¹.

Das Prinzip der Erfolgchance galt auch bei der Verteilung von Organtransplantationen¹². Im Transplantationsgesetz wird darüber hinaus die Dringlichkeit als Prinzip aufgeführt. (§12 Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz - TPG). Nach Marckmann, einem der Autoren der Empfehlungen,

kann dieses Prinzip bei Ressourcenknappheit nicht angewendet werden, da die Aufnahme auf die Intensivstation für alle Patient_innen lebenswichtig wäre. Daher wäre das Prinzip der Dringlichkeit nicht ausreichend, um zwischen Patient_innen zu unterscheiden¹³.

Es wird empfohlen, eine Rangfolge zwischen allen Patient_innen mit einem Bedarf an intensivmedizinischen Maßnahmen aufzustellen, d.h. nicht nur zwischen Patient_innen mit Covid19. Gegebenenfalls, d.h. wenn dadurch die Überlebenschancen für andere verbessert werden können, soll es auch möglich sein, die künstliche Beatmung von Patient_innen zu stoppen¹⁴.

Die Entscheidungen sollten auf dem Mehr-Augen-Prinzip beruhen, d.h. es sollte eine gemeinsame Entscheidungsfindung von mindestens zwei Intensivmediziner_innen und einem erfahrenen Mitglied des Pflorgeteams geben.

Die klinisch-ethischen Empfehlungen der DIVI und anderer beschreiben Situationen, von denen jede_r uneingeschränkt hofft, dass sie nie eintreten werden. Gleichzeitig sollten sie so konkret und „praxistauglich“ wie möglich sein¹⁵.

Die Kritik an den Empfehlungen aus der Perspektive von Menschen mit Behinderungen

Zur Überraschung der Verfasser_innen der Empfehlungen ergriffen auch Menschen mit Behinderungen und Behindertenorganisationen das Wort¹⁶. Tatsächlich hatten die Verfasser_innen bei der Erarbeitung des Papiers nicht an Menschen mit Behinderungen, sondern insbesondere an ältere Menschen gedacht. Ein wichtiges Ziel war es, einen differenzierten Ansatz zu finden, um Diskriminierung aufgrund des Alters durch Einbeziehung verschiedener Faktoren zu vermeiden¹⁷.

Es ist jedoch genau diese Aufzählung von Komorbiditäten, die Kritik auslöst, weil sie als diskriminierend gegenüber Menschen mit Behinderungen angesehen wird. Darüber hinaus erheben Menschen mit Behinderungen ihre Stimme und bringen ihre Angst zum Ausdruck. Vor allem Menschen mit neurologischen Vorerkrankungen, die zu den Komorbiditäten gezählt werden, befürchten, dass ihnen im Falle einer Infektion mit Covid19 die bestmögliche Versorgung vorenthalten wird und dass ihre Therapiemöglichkeiten eingeschränkt werden. Sie begründen ihre Besorgnis mit negativen persönlichen Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem. In einem Webinar gaben die Teilnehmer_innen Beispiele dafür an, dass sie „mehrmals aufgegeben“ wurden, und immer noch leben. So waren in einem Fall Ärzt_innen, die einen Patienten nicht kannten, bereit, unverträgliche Medikamente zu verabreichen, da sie seine Krankheit mit einer anderen verwechselten¹⁸.

Auch die Verwendung der klinischen Gebrechlichkeitsskala (clinical frailty scale) wird kritisiert. Sie wird zwar im Allgemeinen für Menschen über 65 Jahre angewandt, aber es gibt in den Empfehlungen keinen Hinweis auf die Altersgrenze. Menschen mit Behinderungen befürchten, dass die Skala in ihrem Fall verwendet werden könnte, was für sie einen Nachteil bedeuten würde. Darüber hinaus ist in den Empfehlungen ein Ablaufschema enthalten. Es wird kritisiert, dass dies eine individuelle Beurteilung verhindern könnte. Außerdem wird die Darstellung eines Rollstuhls als problematisch angesehen, da die Abbildung eine Assoziation zu Menschen mit Behinderungen verstärken könnte.

Für das Forum behinderter Juristinnen und Juristen ist es von grundlegender Bedeutung, dass „Patient*innen, die mit Erfolgsaussicht behandelt werden können „gleichberechtigte Chancen“ erhalten müssen. Dafür würden folgende Prinzipien sorgen: das Prioritätsprinzip, das Dringlichkeitsprinzip und das Zufallsprinzip¹⁹. Es fordert eine Klarstellung durch den Gesetzgeber, da solch weitreichende Entscheidungen nicht allein von den Berufsverbänden und Fachgesellschaften getroffen werden sollten. Im Juli reichten neun Menschen mit Behinderungen eine Verfassungsbeschwerde wegen fehlender gesetzlicher Grundlage ein²⁰.

Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Jürgen Dusel, forderte eine Überarbeitung der Empfehlungen. Es bedürfe einer Klarstellung, damit Menschen mit Behinderungen nicht aufgrund von Vorerkrankungen von der Behandlung ausgeschlossen werden, „wenn über die Verteilung von Ressourcen entschieden werden muss“. Er forderte auch eine Debatte im Bundestag über die Kriterien, anhand derer entschieden werden soll, welche Covid19-Patient_innen bei begrenzten Krankenhauskapazitäten weiter behandelt werden²¹.

Reaktion auf die Kritik von Menschen mit Behinderungen

Die DIVI, die anderen medizinischen Fachgesellschaften und die Akademie Ethik in der Medizin überarbeiteten die Empfehlungen und veröffentlichten sie als S1-Leitlinie²². „Wir haben unter anderem deutlicher klargestellt, dass Grunderkrankungen und Behinderungen kein legitimes Kriterium für Triage-Entscheidungen sind. Zudem wurde die Prüfung des Patientenwillens vor der Aufnahme auf die Intensivstation stärker hervorgehoben“²³.

Die klinische Gebrechlichkeitsskala und Kriterien wie Multimorbidität bleiben in der überarbeiteten Fassung erhalten. Das Ziel war: „die Anzahl vermeidbarer Todesfälle durch die Ressourcenknappheit zu minimieren. Maßgebliches Kriterium für eine unausweichliche Priorisierung bleibt die klinische Erfolgsaussicht der Intensivbehandlung – also die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient die Intensivbehandlung überleben wird.“²⁴.

Der Diskurs während des Webinars „Triage - wer wird behandelt, wer nicht?“²⁵ wirft ein Schlaglicht auf grundlegende Probleme in der Kommunikation zwischen Ärzt_innen und Menschen mit Behinderungen. Es gab Verständnis für die Ängste von Menschen mit Behinderungen, aber kein Interesse an ihren konkreten negativen Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem. Stattdessen wurden sie aufgefordert, Vertrauen in die vorgeschlagenen Entscheidungsverfahren zu haben.

Über welche Situationen sprechen wir?

Bisher gibt es nur wenige konkrete Vorstellungen darüber, in welchen Situationen im Falle von Extremsituationen (siehe oben) in Krankenhäusern Entscheidungen getroffen werden (müssen). Handelt es sich wirklich um eine Katastrophensituation, in der sehr schnell eine Entscheidung über die Behandlung oder Nichtbehandlung von Menschen getroffen werden sollte? Dies wäre z.B. der Fall, wenn zur gleichen Zeit zahlreiche COVID19-Patient_innen vor einem Krankenhaus warten, ohne dass ein anderes Krankenhaus sie in absehbarer Zeit aufnehmen kann. Wenn nicht von vorneherein klar ist, dass sie beatmungspflichtig sind, müssten sie untersucht werden, denn nur so könnte geklärt werden, ob eine Aufnahme in die Intensivstation für sie notwendig/lebensnotwendig ist.

In anderen Fällen würden mehrere Mitarbeitende eines Krankenhauses in bestimmten Abständen zusammenkommen, um die notwendigen Entscheidungen zu treffen. Dabei ist zu fragen, ob die Alternativen tatsächlich so eindeutig wären wie in folgendem Beispiel, in dem auf der einen Seite ein 75-jähriger Patient mit Begleiterkrankungen für 6-8 Wochen auf der Intensivstation behandelt und künstlich beatmet wird und dann stirbt, während in dieser Zeit fünf Menschen sterben, die überlebt hätten, wenn sie eine Woche an ein Beatmungsgerät angeschlossen gewesen wären.²⁶

Das Grundproblem: Trotz aller Bemühungen der Ärzt_innen, die Erfolgsaussichten realistisch einzuschätzen, lässt sich erst im Nachhinein feststellen, ob die Einschätzung richtig war. So ist es weniger wahrscheinlich, aber nicht unmöglich, dass der 75-jährige Patient nach 6 Wochen überlebt hätte und dass eine oder mehrere der fünf Personen auch bei künstlicher Beatmung gestorben wären. Tatsächlich nimmt die Überlebenswahrscheinlichkeit bei Beatmungspflicht mit zunehmendem Alter ab²⁷. Aber es ist nicht vorherzusehen, zu welcher Gruppe Patient_innen gehören - ob zu der größeren Gruppe derer, die sterben, oder der kleineren Gruppe derer, die überleben.

Die Prognoseunsicherheit besteht auch bei einem patientenzentrierten Ansatz. Im Falle dieser Entscheidungssituation besteht jedoch zusätzlich das ethische Problem, dass möglicherweise die Anzahl der Menschenleben gegeneinander abgewogen wird und dass, wie in der Leitlinie vorgesehen, Menschen vom Beatmungsgerät genommen werden, was nach Ansicht einiger Strafrechtsexpert_innen dem Straftatbestand der Tötung entspricht²⁸.

Statt die Erfolgchancen verschiedener Personen abzuwägen, müsste regelmäßig analysiert werden, ob die Situation noch die extremste ist (siehe oben) oder ob es Alternativen in benachbarten oder gar entfernten Krankenhäusern gibt. Immerhin wurden auch Patient_innen aus Italien und Frankreich in deutschen Krankenhäusern behandelt. Aus meiner Sicht wäre es ratsam, den Begriff Triage zu vermeiden, da er grundsätzlich für Situationen verwendet wird, in denen wenig/keine Zeit zum Nachdenken bleibt und die meist mit einer Dilemmasituation verbunden sind.

Die Diskussion macht deutlich, wie wichtig es ist, Situationen zu vermeiden, in denen Patient_innen von den Krankenhäusern abgelehnt würden, trotz medizinischer Notwendigkeit keine Intensivpflege erhalten oder nicht an ein Beatmungsgerät angeschlossen würden. Die vergangenen Monate haben Handlungsmöglichkeiten für Staat und Gesellschaft aufgezeigt. Würde der Staat Kriterien aufstellen, nach denen im Falle von Ressourcenknappheit entschieden werden sollte, würde er damit zugleich ein Scheitern legitimieren.

Eine Begründung für die Empfehlung des DIVI ist der verständliche Wunsch, Ärzt_innen und Pflegenden in einer äußerst problematischen Situation zumindest eine gewisse Sicherheit zu geben. Um eine Altersdiskriminierung zu vermeiden, legten die Autor_innen der Empfehlung Kriterien fest, die bei der Beurteilung der Erfolgsaussichten berücksichtigt werden sollten. Gerade diese Kriterien sind es aber, die nun zu konkreten Bedenken von Menschen mit Behinderungen führen, dass sie nicht ausreichend betreut werden. So haben Empfehlungen, die für hypothetische Situationen in der Zukunft gedacht sind, negative Folgen in der Gegenwart.

Aus den oben genannten Gründen ist es zweifelhaft, ob das gewünschte Sicherheitsniveau erreicht werden kann. Daher sollte in Erwägung gezogen werden, die Empfehlungen auf ein Verfahren zu reduzieren, in dem das Mehraugenprinzip beschrieben wird und in dem sichergestellt ist, dass die an der Entscheidungsfindung Beteiligten regelmäßig nach Alternativen suchen müssen.

Disability-Mainstreaming und Partizipation

Die Diskussion um die DIVI-Empfehlung und Richtlinien zeigt, wie wenig die Perspektive von Menschen mit Behinderungen im Gesundheitswesen berücksichtigt wird. Es ist nicht möglich zu wissen, ob die Empfehlungen/Leitlinien bei einer frühzeitigen Beteiligung anders ausgefallen wären. Ungeachtet dessen erscheint es dringend geboten, Artikel 25 der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen so schnell wie möglich umzusetzen. Er beschreibt ihr Recht auf das höchste Maß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung.

Um dieses Ziel zu erreichen,

„d) erlegen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, indem sie unter anderem durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen;“²⁹

Bereits zu Beginn des 21. Jahrhunderts wurde auf internationaler Ebene auf der Grundlage der sozialen Gerechtigkeit die Frage diskutiert, wie benachteiligte oder unverhältnismäßig stark von der Pandemievorsorge, den Pandemiereaktionen und der Pandemie selbst betroffene Gruppen berücksichtigt werden können. Ausgangspunkt war die Bellagio-Erklärung³⁰, in der empfohlen wurde, diese Gruppen zu identifizieren, sie in Planungsprozesse einzubeziehen und ihre besonderen Bedürfnisse bei Empfehlungen und politischen Maßnahmen zu berücksichtigen^{31 32}. Disability Mainstreaming und Partizipation sollten nicht nur für politische Maßnahmen, sondern auch für Richtlinien medizinischer Fachgesellschaften gelten.

Dr. Katrin Grüber, Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW)
grueber@imew.de

¹ SIAARTI (2020), Klinisch-ethische Empfehlungen für den Einsatz und das Aussetzen intensivmedizinischer Behandlungen unter den außergewöhnlichen Umständen/Bedingungen eines Ungleichgewichts zwischen Bedürfnissen/Nachfrage und Ressourcen, S. 3
<http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Klinisch-ethische%20Empfehlungen.pdf>

² Deutsche Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) weiterer Fachgesellschaften und der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) 25.03.20 Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie-, Klinisch-ethische Empfehlungen
<https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file>, [07-08-2020]

-
- ³ DGIIN and DIVI (2020), Empfehlungen zur intensivmedizinischen Therapie von Patienten mit COVID-19 S1-Leitlinie Stand 19.06.2020 (Version 2) p17 https://www.dgiin.de/files/dgiin/leitlinien/20200619_S1-Leitlinie_Empfehlungen-intensivmedizinische-Therapie-COVID-19.pdf, [07-08-2020]
- ⁴ DGIIN and DIVI (2020), s.o. p. 3ff
- ⁵ Winfried Krug (2010) 39. Symposium für Juristen und Ärzte Juristen und Ärzte referierten und diskutierten am 19. und 20. Februar 2010 in Berlin über „Engpässe der medizinischen Versorgung – Rationierung – Allokation – Triage“ https://www.slaek.de/media/dokumente/04presse/aerzteblatt/archiv/2001-2010/2010/04/0410_179.pdfä, [07-08-2020]
- ⁶ Bundesärztekammer (2008) Tätigkeitsbericht 2008, https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Taetigkeit2008.pdf, [07-08-2020]
- ⁷ „Triage“ in der Notaufnahme <https://pflege-professionell.at/triage-in-der-notaufnahme>
- ⁸ Duden <https://www.duden.de/rechtschreibung/Triage>
- ⁹ <https://www.divi.de/aktuelle-meldungen-intensivmedizin/covid-19-empfehlungen-zur-intensivmedizinischen-therapie-von-patienten-veroeffentlicht>, [07-08-2020]
- ¹⁰ DIVI et al. (2020), Klinisch-ethische Empfehlungen Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie divi, 2. Version
- ¹¹ vgl. Uwe Janssens 2020, Webinar "Triage - wer wird behandelt, wer nicht? Am 24.04.2020, Transkript, nicht autorisiert <https://gruene-europa.de/files/doc/docs/890899b2c778046003cc2b419e8912b3.pdf>, [07-08-2020]
- ¹² vgl. Georg Marckmann 2020, Webinar, s.o.
- ¹³ vgl. Marckmann 2020, s.o.
- ¹⁴ DIVI et al, siehe Fußnote 10
- ¹⁵ DIVI 23. 04.20 Pressemitteilung: Triage bei COVID-19: „Wir entscheiden nicht nach Alter oder Behinderung“ – Intensiv- und Notfallmediziner aktualisieren klinisch-ethische Entscheidungsempfehlungen <https://www.divi.de/pressemeldungen-nach-themen/200423-pressemeldungen-divi-aktualisierung-ethik-paper/viewdocument/3816>, [07-08-2020]
- ¹⁶ AbilityWatch, Achse, Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke, Liga Selbstvertretung, Interessenvertretung selbstbestimmt leben
- ¹⁷ Georg Marckmann, 2020, s.o.
- ¹⁸ N.N. 2020 in Webinar, s.o.
- ¹⁹ FbJJ Forum behinderter Juristinnen und Juristen (2020) Stellungnahme zu den Empfehlungen der Fachverbände für den Fall einer Triage Autor_innen: Nancy Poser und Arne Frankenstein https://www.teilhabe-gesetz.org/media/Ottmars_Dateien/200406_FbJJ_Stellungnahme_Triage.pdf
- ²⁰ Oliver Tolmein, 2020, Verfassungsbeschwerde gegen Triage Kanzlei Menschen und Rechte <https://www.menschenundrechte.de/de/blog/details/artikel/verfassungsbeschwerde-gegen-triage-1374.html>, [07-08-2020]
- ²¹ Jürgen Dusel (2020) in epd 2020, Behindertenbeauftragter für Bundestagsdebatte zu Corona-Behandlungen <https://www.evangelisch.de/inhalte/168891/17-04-2020/behindertenbeauftragter-fuer-bundestagsdebatte-zu-corona-behandlungen>
- ²² „S1-Leitlinie: Sie fasst Handlungsempfehlungen von Expertinnen und Experten zusammen. Das Wissen wird aber nicht systematisch zusammengetragen und bewertet. S1-Leitlinien sind daher nur wenig verlässlich <https://www.gesundheitsinformation.de/was-sind-leitlinien.2980.de.html>
- ²³ DIVI 23. 04.20 Pressemitteilung: Triage bei COVID-19: „Wir entscheiden nicht nach Alter oder Behinderung“ – Intensiv- und Notfallmediziner aktualisieren klinisch-ethische Entscheidungsempfehlungen <https://www.divi.de/aktuelle-meldungen-intensivmedizin/triage-bei-covid-19-wir-entscheiden-nicht-nach-alter-oder-behinderung-intensiv-und-notfallmediziner-aktualisieren-klinisch-ethische-entscheidungsempfehlungen>, [07-08-2020]
- ²⁴ Ebd.
- ²⁵ Siehe Fußnote 11
- ²⁶ vgl. Uwe Janssens 2020, s.o.
- ²⁷ Gemeinsame Pressemitteilung von WIdO, DIVI and TU Berlin Berlin, 29 Juli 2020 Etwa ein Fünftel der stationär behandelten Covid-19- Patienten sind verstorben https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/News/Pressemitteilungen/2020/wido_kra_pm_covid19_krankenhausfaelle_DE_07-2020.pdf (07-08-2020)
- ²⁸ Oliver Tolmein (2020), s.o.
- ²⁹ UN-BRK, Artikel 25 d
- ³⁰ Bellagio group (2006), BELLAGIO STATEMENT OF PRINCIPLES https://www.unicef.org/avianflu/files/Bellagio_Statement.pdf

³¹vgl. Uscher-Pines, Lori; Duggan, S. Patrick; Garron, P. Joshua; Karron, A. Ruth; Faden, R. Ruth (2007): Planning for an Influenza Pandemic: Social Justice and Disadvantaged Groups The Hastings Center Report , Vol. 37, No. 4 (Jul. - Aug., 2007), pp. 32-39 Published by: The Hastings Center Stable <http://www.jstor.com/stable/4625761> [17.06.2020]

³² Vgl. Grüber, Katrin (2008): Challenging the “Bellagio Statement on Social Justice and Influenza” – and the Perspective of Disabled People, paper on the symposium „Les enjeux d’éthiques de la préparation à une pandémie de grippe au sein de l’Europe https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/assets/files/pdb/20084154/20084154_d0_1-19_oth_en_ps.pdf [17.06.2020].